UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & PHARMACIE D'ALGER

Année 1912 — N° 14

Des Interventions non Sanglantes Pendant l'Accouchement dans les cas de Pelvi-Viciations intéressant surtout Le Détroit Inférieur

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1er Juillet 1912

PAR

M. RICOLFI FRANÇOIS-FÉLIX

Ex-Interne des Hôpitaux de Bône

Médaille des Épidémies

né à Nice (Alpes-Maritimes), le 1er Janvier 1889

ALGER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE & LITHOGRAPHIQUE S. LÉON

15, RUE DE TANGER

1912

Des Interventions non Sanglantes Pendant l'Accouchement dans les cas de Pelvi-Viciations intéressant surtout Le Détroit Inférieur

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & PHARMACIE D'ALGER

Année 1912 — N° 14

Des Interventions non Sanglantes Pendant l'Accouchement dans les cas de Pelvi-Viciations intéressant surtout Le Détroit Inférieur

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1er Juillet 1912

PAR

M. RICOLFI FRANÇOIS-FÉLIX

Ex-Interne des Hôpitaux de Bône

Médaille des Épidémies

né à Nice (Alpes-Maritimes), le 1er Janvier 1889

ACAD. ALGER. BAT. BIBL.

MEMBRES DU JURY :

Juges MM. ROUVIER, Professeur de Clinique obstétricale, Président.
VINCENT, Professeur de Clinique chirurgicale, Assesseur.
CABANES, chargé des fontions d'agrégé, Assesseur.
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé, Assesseur.

NOTA. - La faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN ..... MM. CURTILLET (I. ✿).
ASSESSEUR ..... VINCENT (I. ✿).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✿).
Anatomie pathologique et histologie	POUJOL (I. ✿).
Physiologie	REY (✲ I. ✿).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✿).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✿)
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	BRAULT (✲ I, ✿).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (I. ✿).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✲ I. ✿).
Clinique ophtalmologique	CANGE (A. ✿).
Chimie médicale et toxicologie.	MALOSSE (I. ✿ ⚗)
Physique médicale et biologique	GUILLEMIN (✲ I. ✿).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✿).
Matière médicale et thérapeutique	HERAIL (I. ✿).
Histoire naturelle médicale	TRABUT (✲ I. ✿ Ma. O. ⛃).
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie	SOULIÉ (I ✿).
Hygiène et médecine légale ...	CRESPIN (I. ✿.)

CHARGÉ DE COURS

Chimie biologique	SAMBUC (I. ✿).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

Chaires d'anatomie et de physiologie	LEBLANC (A. ✿).
Chaires de pathologie et de clinique internes	GILLOT (A. ✿).
Chaires de pathologie et de clinique externes, et de clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✿). FUSTER.
Chaires de chimie et de physique	MALOSSE (A. ✿).
Chaires de pharmacie et de matière médicale	MUSSO.
Section de médecine générale.	RAYNAUD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine	VIGUIER.
Section d'anatomie	ARGAUD (A. ✿).

A la mémoire de mon Père

LE CHEVALIER PAUL RICOLFI

MAJOR

Croix de SS. Maurice et Lazare, Couronne d'Italie,
Valeur Militaire, etc., etc.

A ma Mère

A mon Frère

H. RICOLFI, AVOCAT

Mieis et Amicis

A mes Maîtres des Hôpitaux
et de la Faculté de Marseille

A mes Maîtres de la Faculté d'Alger

A mes Maîtres des Hôpitaux de Bône

A mon Président de Thèse,

M. LE PROFESSEUR ROUVIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Chevalier de la Légion d'Honneur

A mes Juges

INTRODUCTION

Nous avons été frappé, au cours de nos lectures dans divers ouvrages d'obstétrique, de la valeur considérable que certains auteurs, à l'heure actuelle, attachent au degré mathématique des divers diamètres du bassin d'une femme enceinte ; de la facilité avec laquelle, de la constatation d'une anomalie dans les dimensions de ces diamètres, ils se hâtent de conclure à une dystocie obligatoire avec toutes ses conséquences plus ou moins graves pour la mère et pour l'enfant, et de conseiller, en général, une intervention sanglante, soit au cours de la grossesse, soit au moment de l'accouchement.

Un cas d'accouchement spontané dans un bassin généralement rétréci, surtout au détroit inférieur, observé récemment à la Maternité d'Alger, a attiré à nouveau notre attention sur ce sujet. Sur l'inspiration de M. le Professeur Rou-

vier, à qui nous adressons l'hommage de notre respectueuse reconnaissance, nous nous sommes résolu à consacrer à l'étude de cette intéressante question, notre thèse inaugurale.

Ce cas nous a permis de constater, une fois de plus, que la vérité mathématique n'est pas toujours la vérité dans la pratique. On a tort de vouloir trop étroitement rattacher l'étude pratique de l'accouchement à celle du squelette. Or les dimensions des os, à l'état sec, envisagés soit isolément, soit à l'état de réunion artificielle, sont immuables, tandis que les diamètres du bassin de la femme enceinte, des diverses parties fœtales sont dans la réalité choses des plus mobiles. Le squelette n'est utile que pour la démonstration de certaines parties mécaniques de l'accouchement.

Loin de nous l'idée de proscrire de la thérapeutique obstétricale les méthodes sanglantes ; elles peuvent avoir leur utilité ; mais encore faut-il que leur indication en soit formelle. Avant d'intervenir, l'accoucheur doit penser que l'accouchement spontané n'est pas rare avec un bassin vicié. L'étude du degré mathématique de la pelvi-viciation ne suffit pas pour établir un pronostic dans tous les cas. De toute nécessité il y a lieu de tenir

compte de certaines données physiologiques de la grossesse et du travail.

L'étude des pelvi-viciations et de leur valeur fonctionnelle, au moment de l'accouchement, ne saurait faire négliger celle des modifications naturelles ou obtenues artificiellement par certaines positions qui intéressent les rapports des surfaces articulaires du bassin entre elles. De même, la connaissance de la présentation fœtale au détroit supérieur et, le cas échéant, de ses anomalies ; celle du degré de contractilité de l'utérus, ont une importance bien supérieure à celle de l'évaluation rigoureuse et mathématique du retrécissement pelvien.

N'oublions pas la définition du bassin vicié — d'après Couvelaire — (*Prat. méd. chirurg.*, t. I) : « Un bassin est vicié, au sens obstétrical, quand, « par sa forme et ses dimensions, il entrave le mé- « canisme de l'accouchement. En d'autres termes, « toute viciation pelvienne est fonction, non seu- « lement de l'étendue absolue des diamètres pel- « viens, » — et c'est ici que nous nous séparons des auteurs qui ne considèrent que des mesures exactes, — « mais aussi de la disproportion rela- « tive, temporaire ou permanente, existant au

« moment du travail entre — la partie fœtale « qui se présente — surtout « l'ovoïde céphalique « et la filière osseuse qu'elle doit traverser. »

Aussi dans cette étude, envisageons-nous successivement deux catégories de pelvi-viciations : les pelvi-viciations anatomiques et les pelvi-viciations fonctionnelles. Dans les premières, existe toujours une altération réelle des diamètres pelviens. Dans les secondes, avec un bassin normal, s'observent soit des modifications de volume de la présentation fœtale, soit une disproportion existant entre les diamètres de certaines présentations, et les diamètres du bassin au moment de l'accouchement.

Mais avant d'aborder l'étude des pelvi-viciations, il nous paraît utile de rappeler le mode de formation du bassin normal chez la femme, et certains phénomènes physiologiques qui accompagnent la grossesse et le travail.

Cela nous permettra par la suite, d'une part, de mieux comprendre le mode d'apparition d'une pelvi-viciation anatomique ou fonctionnelle ; d'autre part de nous rendre compte de la possibilité d'un accouchement spontané dans un bassin anatomiquement ou fonctionnellement vicié.

PREMIÈRE PARTIE

Chapitre I

Développement du Bassin chez la Femme

A la naissance, le bassin du nouveau-né se compose d'un plus grand nombre de pièces qu'à l'âge adulte :

1° Le sacrum est formé de cinq pièces distinctes, ayant chacune leur point d'ossification, et possédant à droite et à gauche un point d'ossification supplémentaire. Ceux-ci donneront plus tard naissance aux ailerons sacrés, facteurs importants du développement en largeur du bassin. Le sacrum est droit, mais légèrement rejeté en arrière.

2° Les os iliaques comprennent le pubis, l'iléon, l'ischion, réunis au niveau de l'acétabulum. L'iléon est bien ossifié, mais l'ischion, le pubis n'ont que des noyaux osseux ; ils sont par suite très flexibles. Ainsi, s'expliquent nombre de déformations engendrées dans le cours du premier âge.

Le bassin normal n'atteint sa forme définitive qu'à vingt-cinq ans. Plusieurs facteurs contribuent à la développer.

1° La pesanteur : le poids de la colonne vertébrale agit de haut en bas sur la base du sacrum ; des contre-pressions se produisent de bas en haut ; elles varient avec la position de l'enfant.

Elles agissent sur le coccyx, la pointe du sacrum, les ischions, s'il reste assis ; au niveau des articulations fémorales dans la station debout.

Examinons maintenant les modifications de la colonne vertébrale, chez le jeune enfant, dans la station debout. Pour conserver son équilibre la tête sera légèrement rejetée en arrière ; à la lordose cervicale va correspondre une cyphose dorsale, compensée par une lordose lombaire, et enfin une cyphose sacrée.

La cyphose sacrée est insuffisamment expliquée par l'action de la lordose lombaire. L'influence des pressions et contre-pressions auxquelles sont soumises les diverses parties du bassin doit aussi entrer en ligne de compte.

Le poids de la colonne vertébrale dans la station debout agissant sur la base du sacrum, tend à la refouler en bas et en avant. La forme du sa-

crum en coin, la présence des ligaments sacro-sciatiques postérieurs, limitent cette chute en avant. D'un autre côté, les ligaments sacro-sciatiques s'opposent au mouvement de recul de son sommet. Le sacrum étant sollicité par deux forces de sens contraire, s'incurve en formant une concavité antérieure.

La pesanteur a donc pour résultat de rétrécir le détroit supérieur, d'agrandir le détroit inférieur. Schrœder a démontré que le rétrécissement du détroit supérieur est dû aussi à l'action des ligaments sacro-iliaques postérieurs tendus par la bascule en avant de la base du sacrum. Les ligaments du pubis sont fortement distendus mais ils sont très résistants ; la force se décompose ; elle pousse les os en arrière et les rapproche du sacrum.

Dans la station debout, la contre-pression fémorale vient limiter l'aplatissement du détroit supérieur. Si la pression du tronc agit toujours de même au niveau de la base du sacrum, la résistance du sol va faire ressentir ses effets au niveau des articulations coxo-fémorales. Ces articulations sont situées à droite et à gauche, en avant du diamètre transverse ; la contre-pression fémo-

rale aura donc une tendance à rétrécir le bassin transversalement.

L'action des pressions et contre-pressions n'est pas la seule qui agisse sur la conformation du bassin :

2° Il faut tenir compte des tractions musculaires ou ligamenteuses ; ainsi les muscles pelvi-trochantériens tirent en dehors les ischions et tendent à élargir le détroit inférieur. D'autre part, les os ne sont pas complètement développés à la naissance ; le bassin n'atteindra son volume et sa forme définitive et normale que lorsque les points osseux se seront complètement développés.

Le bassin atteint sa forme adulte vers la vingt-cinquième année ; les différences sexuelles n'apparaissent qu'entre onze et vingt ans au moment où les fonctions génitales s'installent chez la jeune fille.

Chapitre II

Phénomènes Physiologiques et Mécaniques dans l'Accouchement

Nous croyons utile de rappeler ici, les diverses mesures des diamètres au détroit inférieur, dans un bassin normal.

D. coccy sous pubien — 7 à 10 c. dilatable à 11.

D. biischiatique — 11 c.

Nous savons d'autre part que pour le fœtus les diamètres justes acceptables par la filière pelvienne sont :

1° D. occipito-bregmatique — 9. ½.

D. sous-mento-bregmatique — 9. ½.

Dans le plan antéro-postérieur :

2° D. bi-facial — 9. 1/4.

D. bi. temporal — 7. ½.

Dans le plan transversal nous avons aussi :

3° D. bis-acromial — 12, reductible — 9. 5.

D. sterno-dorsal — 9. 5.

D. bis-iliaque — 8.

On voit par là, que normalement les divers diamètres de la présentation fœtale sont inférieurs au détroit inférieur, aux diamètres du bassin.

Bassin à l'état physiologique. — Cependant il est d'observation courante, à l'état physiologique, de voir des femmes très jeunes de 18 à 19 ans, par exemple, primipares, dont le bassin présente un développement insuffisant, dont les os ne sont pas encore arrivés à un stade fixe, accoucher à terme d'enfants bien portants et plus volumineux que la moyenne ; ce fait, incompréhensible si l'on considère les diamètres du bassin et du fœtus énumérés précédemment comme des entités immuables, devient facile à concevoir, si l'on se rapporte aux divers phénomènes physiologiques que nous allons voir :

1° *Relâchement des symphyses.*— Tarnier nous dit que pendant la grossesse le fibro-cartilage de la symphyse pubienne augmente de volume ; les parties ligamenteuses qui recouvrent l'articulation deviennent plus élastiques, moins tendues ; le même travail se produit dans les symphyses sacro-iliaques. Ce relâchement est pour ainsi dire physiologique au moment de la grossesse : « le « diagnostic est habituellement possible, la pres- « sion faite avec le doigt au niveau de la sym- « physe pelvienne et au niveau de chacune des « deux symphyses sacro-iliaques produit une dou-

« leur caractéristique ; on peut préciser encore ce « diagnostic, en examinant la femme debout ; si « l'on met l'index en contact avec le bord inférieur « et la face postérieure de la symphyse, on cons- « tate le jeu des deux pubis l'un sur l'autre, en « faisant alternativement lever l'un et l'autre des « deux membres inférieurs. » (Budin).

La conséquence de ce relâchement est l'écartement des surfaces osseuses pelviennes ; il peut devenir le double de ce qu'il était avant la gestation ; de 11 à 15^{mm} (Jacquemin), de 27^{mm} (Boivin). Mais tout ne s'arrête pas là.

« Les articulations sacro-iliaques sont alors « susceptibles de mouvements de bascule autour « d'un axe passant par la 2^{e} vertèbre sacrée ; « quand le promontoir se porte en avant, se rap- « prochant légèrement du pubis, le coccyx s'en « éloigne ; c'est le mouvement de nutation ; (Za- « glas-Duncan). Inversement on a la contre-nuta- « tion ; ces mouvements ont donc pour résultat « d'agrandir et de rétrécir, alternativement, les « détroits supérieur et inférieur. » (Dubrisay-Janin).

Aussi, ne serons-nous pas étonnés après cet exposé, de voir Jacquemin dire : « Un écartement

« même faible, des surfaces articulaires, peut être « de quelque utilité ; la mobilité des articulations « sacro-coccygiennes et intercoccygiennes, la bas- « cule du sacrum joue un rôle assez considérable « dans le mécanisme de l'accouchement. »

Bar et Brindeau ont la même opinion :

« Les articulations se ramollissent, elles devien- « nent plus lâches et permettent ainsi aux os de « basculer les uns sur les autres ; cette mobilité « est un inconvénient peu important à côté des « avantages que l'accoucheur peut en tirer ; la « bascule des différents os permettra d'élargir « certains diamètres du bassin et nous verrons « que nous pouvons utiliser cette souplesse ac- « quise en plaçant la femme dans une position « spéciale. »

2° *A moindrissement de la présentation fœtale.* A cet élargissement du détroit inférieur, vient s'adjoindre un autre facteur, et s'il existe une disproportion entre les diamètres du bassin et ceux de la tête fœtale, cela ne sera pas une raison suffisante pour que la tête ne passe pas ; les présentations fœtales, l'ovoïde céphalique surtout, possèdent le pouvoir de subir en passant à travers la filière osseuse, des modifications importantes de

forme et de volume. C'est pour cette raison, qu'une expectation sensée laisse à la tête le temps de pénétrer plus profondément, de s'accommoder et de se diriger pour le mieux, dans l'espace qui se présente à elle. Les bords des os peuvent non seulement se rapprocher, mais glisser l'un par dessus l'autre ; le volume de la tête peut de la sorte être diminué de 1 c. $\frac{1}{2}$ à 2 c.

L'aptitude de la tête à modifier sa forme ne dépend pas seulement de la largeur et de l'élasticité des sutures, mais encore de la souplesse et de l'élasticité des os eux-mêmes. Aussi Nœgelé, a-t-il raison d'écrire : « Plus les os du crâne sont sou-
« ples et flexibles et mieux la tête s'accommodera
« au rétrécissement, de sorte que l'on observe sou-
« vent qu'une tête très compressible quoique d'un
« volume ordinaire est expulsée par les seules
« forces de la nature à travers un rétrécissement
« moyen, sans difficulté particulière et sans pré-
« judice pour la mère et pour l'enfant. »

En ce qui concerne le diamètre bisacromial et son amoindrissement, nous ne pouvons mieux faire que rapporter les conclusions de M. le Professeur Rouvier dans son mémoire sur le crochet axillaire :

« *1°* La réduction du bis-acromial n'est nullement en proportion de sa longueur primitive ;

2° Dans la majorité des cas, 61 sur 110, soit 55,45 % elle est de 0,02 ;

3° Il est exceptionnel de rencontrer des réductions de 0,005^{m} et de 0,04 c. ; elles sont toutefois observées. »

Cette réduction est suffisante pour permettre l'engagement des épaules par asynclitisme, phénomène qui a pour effet de diminuer la longueur du bis-acromial.

Bonnaire pour faire comprendre ce mécanisme, écrit : « Prenez un anneau rigide de 0^{m}10 et une « tige rigide de 0^{m}12 ; si vous présentez votre tige « de champ, il vous sera impossible de faire tra- « verser l'anneau par votre tige ; mais usez de l'ar- « tifice qui consiste à prendre votre tige de biais « de façon qu'une extrémité passe d'abord ; dans « ces conditions rien n'est plus facile que d'obte- « nir le passage de 12 centimètres dans les 10 « centimètres de l'anneau. »

2° Ce que nous venons de dire pour l'accouchement à l'état physiologique, peut se dire pour l'accouchement avec un bassin à l'état pathologique, et nous donne l'explication des cas fréquents d'accouchement spontané dans les bassins viciés.

DEUXIÈME PARTIE

Des Pelvi-Viciations Anatomiques intéressant le Détroit Inférieur

Notre intention n'est pas de faire entrer dans notre étude toutes les pelvi-viciations. Il en est en effet qui entraînent des déformations de l'excavation pelvienne, des rétrécissements des détroits, tels qu'ils ne pourront être surmontés par aucun subterfuge. Les diverses modifications apportées, soit par la grossesse, soit par certaines positions pendant l'accouchement, dans les rapports des os pelviens entre eux, n'exerceront aucune influence favorable. Dans ces cas, les modifications des points d'attache des membres inférieurs avec le bassin, ne procureront aucune ampliation avantageuse du côté des diamètres.

Nous ne nous occuperons par conséquent, que de quelques catégories de pelvi-viciations anatomiques, relativement fréquentes. Nous voulons parler de celles dans lesquelles il n'existe pas

d'obstacles insurmontables à l'engagement et à la descente dans l'excavation, mais où la partie fœtale qui se présente peut être arrêtée néanmoins au détroit inférieur.

Ce sont :

1° Les bassins cyphotiques ;

2° Certaines catégories de bassins asymétriques ;

3° Les bassins à type cyphotique.

Chapitre I

Bassin Cyphotique

Si nous examinons un rachis atteint de mal de Pott, dans la région lombaire, nous trouvons à ce niveau une cyphose ; on constate que le bassin a une forme en entonnoir ; le détroit supérieur étant évasé, le détroit inférieur rétréci.

Rokstansky, Neugebauer, Bailly, Chautreuil, Léopold-Duncan, Treub étudièrent les premiers cette déformation. Ils démontrèrent que ces bassins sont des plus intéressants à cause des altérations pelviennes qu'ils présentent au détroit inférieur.

A quoi tient cette viciation ? Le cyphose pottique apparaît en général dans le jeune âge à une époque où le bassin n'est pas encore complètement ossifié. Il peut par conséquent à ce moment subir les influences mécaniques anormales de la pesanteur. L'effondrement des corps vertébraux des vertèbres lombaires dû à la tuberculose osseuse, produit à ce niveau une coudure brusque de la colonne, à concavité antérieure ; le tronc est projeté en avant.

Pour se maintenir dans la position debout, la

femme est obligée de mettre son bassin en rétroversion. La pression de la colonne vertébrale ne s'exerce plus dans le bassin normal de haut en bas, d'arrière en avant, mais de haut en bas, d'avant en arrière ; le sacrum est ainsi en quelque sorte, extrait des os iliaques ; il attire en arrière et en dehors les ailes iliaques.

Cette action a pour résultat, de ramener la pointe du sacrum en avant, tout en rapprochant les ischions l'un de l'autre. Nous avons alors l'antithèse du bassin rachitique, le bassin cyphotique pur : au détroit supérieur, agrandissement des diamètres ; au détroit moyen, rétrécissement ; au détroit inférieur, rétrécissement toujours très marqué. Le diamètre biischiatique est celui qui perd le plus de sa longueur.

Cette forme en entonnoir est d'autant plus marquée que la cyphose siège plus près de la région sacrée ; elle est à son maximum dans la cyphose lombo-sacrée, par suite de l'élargissement plus grand du détroit supérieur, et du rétrécissement transversal du détroit inférieur. Ce dernier peut atteindre trois centimètres.

Dans ce bassin, d'ailleurs, il existe une mauvaise coaptation des surfaces articulaires, phéno-

mène des plus heureux, les ischions pouvant s'écarter ainsi l'un de l'autre de 3 à 4 cm.

« Donc, ici, l'obstacle, quand il existe, n'étant « pas à l'entrée du bassin, mais au détroit inférieur, ne s'oppose pas habituellement à l'engagement de la tête fœtale à la fin de la grossesse. « L'obstacle est au détroit inférieur ; ce fait « joint à l'absence de grandes déformations vertébrales dans les gibbosités basses, les plus dangereuses, a pu faire méconnaître l'existence « d'une cause de dystocie qui ne se révélait qu'au « cours du travail. » (Couvelaire).

En général, les femmes atteintes de bassin cyphotique ont un aspect caractéristique : leurs membres ont une longueur démesurée.

Le ventre est en antéversion ; les lignes de Naugebauer allant de chaque côté du trochanter à la saillie iliaque, convergent vers les pieds, au lieu de converger comme dans le type normal vers le milieu du dos ; le détroit inférieur exploré par des mensurations externes en plaçant la femme dans la position genu-pectorale, ou de la taille, montre le degré de retrécissement du biischiatique.

Budin, dans ses leçons cliniques, étudiant les

causes du rétrécissement du détroit inférieur dans les bassins cyphotiques, fait une comparaison entre le rétrécissement dû aux épines sciatiques et aux tubérosités biischiatiques :

« Lorsque le bassin prend la forme en entonnoir, ses deux parois latérales se rapprochent « l'une de l'autre à la partie inférieure : il semble « que les deux épines sciatiques doivent autant « et même plus que les deux tubérosités ischiatiques mettre obstacle à l'accouchement. Cependant, c'est le diamètre biischiatique qui est « considéré et souvent, je m'empresse de le dire, « avec juste raison, comme s'opposant surtout à « l'accouchement.

« Dans les bassins en entonnoir, les os coxaux « ont subi un mouvement de rotation ; l'axe de « ces mouvements peut être représenté, pour chacun de ces os, par une ligne qui joindrait la « symphyse sacroiliaque à la symphyse pubienne « (Chantreuil). La hauteur des parois du bassin « est variable ; or, plus la distance qui va de la « ligne innominée à la tubérosité est grande, plus « le bras de levier, par conséquent, est long, et « plus pour un angle égal de rotation, le diamètre biischiatique se trouve diminué. Mais les

« épines sciatiques qui occupent l'excavation « sont beaucoup moins éloignées de la ligne inno- « minée que les tubérosités ischiatiques ; dans le « mouvement de rotation que subissent les os « coxaux, elles se rapprochent donc relativement « beaucoup moins l'une de l'autre que les tubéro- « sités ischiatiques. »

En plus de ce rétrécissement, les branches ischio-pubiennes sont rapprochées l'une de l'autre.Il existe de la sorte un espace inutile sous le pubis, dans l'accouchement par le sommet.

Il découle de ce dernier fait que la position de dégagement en occipito-pubienne n'est pas favorable ; la position en occipito-sacrée est plus favorable. La position la plus favorable est la présentation de la face ; le menton venant sous le pubis, le bi-pariétal profite de la partie la plus large du détroit inférieur pour se dégager.

« En résumé, dit Budin, dans un bassin cy- « photique, il faut surtout tenir compte du rétré- « cissement du diamètre transverse du détroit « inférieur. Si on doit chercher à apprécier la « distance qui va de la pointe du sacrum au bord « inférieur de la symphyse pubienne, on doit « encore se rappeler la mobilité dont jouissent

« les os iliaques à la fin de la grossesse, mobilité
« qui permet l'agrandissement des diamètres
« rétrécis du détroit inférieur. »

Donc, toutes les fois que l'on aura à faire à l'un de ces bassins, il ne faudra pas s'alarmer, mais savoir attendre. Nous verrons que la dystocie sérieuse est ici peu fréquente. Quand elle existe, on peut y remédier par un procédé simple ; on ne doit recourir à l'intervention sanglante que lorsque ce procédé a été mis en œuvre vainement.

CHAPITRE II

Bassins Asymétriques

« Le bassin asymétrique est celui dont les deux « moitiés constitutives offrent des inégalités de « développement limitées à certains points, ou « généralisés à leur ensemble. » (Prof. Rouvier).

Le diamètre antéro-postérieur et le diamètre oblique dont l'extrémité antérieure part du côté lésé, sont diminués. Cette viciation peut-être due :

1° A une anomalie dans la répartition des pressions rachidiennes ;

2° A une anomalie dans la répartition des contre-pressions fémorales ;

3° A un processus atrophique dû à des lésions osseuses siégeant au niveau de l'articulation coxo-fémorale.

I Groupe. — M. Bonnaire a établit quatre lois relatives au retentissement des déviations rachidiennes sur le bassin :

a) Loi de la hauteur. — La déviation vertébrale agit d'autant plus sur le bassin qu'elle en est plus rapprochée.

b) *Loi du rayon.* — Plus la courbure est brusque, plus elle nécessite une courbure de compensation étendue.

c) *Loi de l'âge.* — Plus la lésion débute à un âge précoce, plus elle retentit sur le bassin.

d) *Loi de la nature de la lésion.* — Une affection de l'adolescence touche moins le bassin qu'une lésion de l'enfance, qui formera une courbure brusque.

Nous considérerons comme typique de ce groupe, le bassin scoliotique.

Bassin scoliotique. — La scoliose occupe, en général, la région dorsale et est tournée à droite ; sa courbure de compensation occupe la région lombo-sacrée et est tournée à gauche ; c'est cette dernière qui influe sur le bassin en reportant d'un côté le poids du corps ; de ce même côté la contre-pression fémorale est plus forte ; le détroit supérieur est asymétrique ; la ligne innominée est redressée du côté de la courbure lombaire ; de l'autre côté, elle a une courbure exagérée. Le sacrum a sa base en avant et regarde du côté aplati ; l'excavation est irrégulière ; l'épine sciatique d'un côté est souvent proéminente et retrécit le détroit inférieur ; le bassin est en antéversion

et distordu ; la moitié aplati est tirée en haut ; l'autre moitié, en bas. Le ventre est en besace ; la vulve reportée en arrière ; le losange de Michaëlis forme un quadrilatère irrégulier.

L'occiput s'engage normalement par l'extrémité antérieure du grand diamètre oblique (obs. II)

2° Groupe. — *Bassins viciés par claudication.*— Dans ces bassins, il y a une anomalie dans la répartition des pressions et des contre-pressions fémorales ; il en résulte des déformations des divers diamètres du bassin aboutissant à l'asymétrie. Les lésions qui sont la cause de ces déformations peuvent siéger dans un membre inférieur en dehors de l'articulation coxo-fémorale ou dans cette articulation même.

Dans le premier groupe, nous aurons tous les bassins des boîteuses ; dans le second, nous ne retiendrons que le bassin coxalgique ; le bassin vicié par paralysie infantile ou par luxation congénitale unilatérale de la hanche possédant un diamètre biischiatique augmenté.

Bonnaire a établit les lois qui régissent le mécanisme de ces lésions :

1° *Loi de l'âge.* — Les effets de la claudication

sur le bassin se font d'autant plus sentir que l'âge de la lésion est plus précoce.

2° *Loi de la nature de la lésion.* — Les lésions capables de s'attaquer au parenchyme osseux retentissent sur le bassin ; elles agiront d'autant plus qu'il y aura un fonctionnement inégal des membres pelviens.

3° *Loi de l'usage fait par l'appareil locomoteur.* — Toute femme qui reste couchée n'est pas sujette à la déformation produite par la contre-pression fémorale. Il faut tenir compte du sens de l'oscillation du corps ; le retrécissement du bassin siège surtout du côté sain.

4° *Loi de l'attitude du membre.* — Suivant que le membre sera rectiligne, fléchi, en adduction et rotation en dedans, en abduction et rotation en dehors, la déformation variera.

5° *Loi de l'influence du traitement.* — La déformation varie avec le traitement mis en pratique.

a) *Bassins viciés par claudication de cause extra coxo-fémorale.* — Les tumeurs blanches du genou (obs. III) avec ankylose, le genu-valgum, les fractures de cuisse ou de jambe consolidées avec raccourcissement, les pieds bots ; les résec-

tions articulaires, en un mot toutes les causes de claudication siégeant en dehors de l'articulation coxo-fémorale, survenues dans le jeune âge, engendrent des lésions du bassin consistant en un aplatissement asymétrique du côté qui supporte le maximum de contre-pression, côté opposé à la lésion.

b) *Bassin coxalgique.* — Il faut tenir compte dans l'étude de ces bassins, de l'atrophie du membre, de l'ankylose de la hanche, de la subluxation du fémur, de la contre-pression fémorale du côté sain.

Quand l'enfant ne marche pas, il y a simplement un bassin asymétrique du côté de la coxalgie; l'élément atrophie agit seul, et le détroit inférieur est toujours rétréci : c'est le bassin coxalgique couché.

On sait que la coxalgie passe par trois phases.

a) Une première avec douleur, membre allongé et ensuite avec flexion de la cuisse sur le bassin.

b) Une deuxième avec abduction et rotation en dehors.

c) Une troisième avec adduction et rotation en dedans.

L'ankylose peut se produire pendant une de ces trois périodes.

Dans le premier cas, lorsque l'enfant marche, la flexion du membre malade provoque l'antéversion et la latéroversion du même côté, d'où scoliose de compensation ; l'excès de pression aplatit le bassin du côté sain.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque le membre est en abduction et rotation en dehors, le bassin est antépulsé du côté malade, rétropulsé du côté sain, et il est de plus en latéroversion du côté de l'arthrite ; l'aplatissement est donc ici plus prononcé que précédemment du côté sain, et le bassin prend le type oblique ovalaire.

Dans le troisième, le bassin est antépulsé au contraire du côté sain, rétropulsé du côté malade, qui reçoit le maximum de pression ; l'ischion est rejeté fortement en dedans.

Le diagnostic est facile à faire ; le diamètre antéro-supérieur du détroit supérieur est diminué de 2 à 3 cm. ; un des diamètres obliques est plus petit ; au détroit inférieur, il y a rétrécissement du biischiatique.

L'engagement se fait en général par le grand diamètre oblique du détroit supérieur et la pré-

sentation arrivée au détroit inféreur peut être arrêtée (obs. IV).

Nous n'irons pas soutenir que dans ces cas, l'accouchement se fera toutes les fois spontanément, mais cela arrive fréquemment.

Dans tous ces cas, lorsque l'accoucheur se trouve au moment du travail en présence d'une partie fœtale arrêtée au détroit inférieur, il est de son devoir le plus absolu, avant de recourir à une intervention sanglante, d'essayer tous les autres procédés que la pratique obstétricale met à sa disposition. C'est ce que nous verrons plus tard.

CHAPITRE III

Bassins à Type Cyphotique

De même qu'il existe un bassin oblique ovalaire pur et des bassins à type oblique ovalaire, nous avons à côté du bassin cyphotique pur, des bassins à type cyphotique.

La présence d'une lésion bacillaire du corps des vertèbres lombaires n'est pas nécessaire pour que cette forme particulière du bassin en entonnoir se produise. Il suffit qu'il existe un degré notable de rétroversion pelvienne.

Le type cyphotique peut se rencontrer dans des bassins généralement rétrécis, tel le bassin infantile de Nœgelé ; c'est un bassin qui tout en se développant, garde les caractères du bassin de l'enfant qui ainsi que nous l'avons vu précédemment à la forme en entonnoir.

Toutes les fois que pour une cause quelconque la lordose lombaire est moins prononcée que d'habitude chez une femme, l'antéversion pelvienne normale est d'autant moins prononcée que la lordose est plus effacée. Le sacrum sera par conséquent moins proéminent au détroit supérieur ; ce dernier sera plus ample. Les causes qui con-

courrent à rétrécir le bassin dans sa partie supérieure agiront avec moins d'efficacité. L'action de celles qui contribuent à amoindrir le détroit inférieur se fera davantage sentir. On aura alors le bassin à type cyphotique que Budin signale dans ses leçons cliniques et qu'il a souvent rencontré dans les bassins des collections des Musées de Paris.

2° Le bassin à type cyphotique est le plus souvent associé à un bassin, asymétrique à un certain degré ; dans un bassin asymétrique par anomalie dans les contre-pressions fémorales, par exemple, la colonne vertébrale forme une scoliose à convexité dirigée du côté malade, le tronc se trouve ainsi rétréci : dans notre observation XII, nous voyons une femme qui a été atteinte dans son jeune âge d'une affection ostéo-articulaire du genou droit, dont le membre malade est plus court que le membre sain, présenter de l'asymétrie dans un bassin à type oblique ovalaire en dextroversion, et un rétrécissement du diamètre biischiatique. Il existe une scoliose lombaire, à convexité droite avec redressement du tronc. En résumé, on a un bassin à type oblique ovalaire avec atrophie des deux os iliaques combiné avec le type entonnoir.

De même un bassin asymétrique par anomalie dans la pression de la colonne vertébrale peut aussi avoir été modifié par une cyphose lombo-sacrée rachitique, témoin la femme de notre observation V, atteinte de scoliose dorsale gauche avec cyphose lombo-sacrée rachitique et bassin en rétropulsion, au total bassin asymétrique à type entonnoir.

Si l'on n'y prend garde cette déformation passera souvent inaperçue et il arrive fréquemment que chez des femmes atteintes de pareilles affections, chez lesquelles un examen superficiel n'a rien fait remarquer de spécial au détroit inférieur, chez lesquelles la présentation est engagée, on soit étonné de voir cette dernière demeurer immobile au détroit inférieur au moment du dégagement (obs. VI).

Un examen approfondi du bassin de la femme suffira pour faire connaître la cause de cet arrêt dans le travail.

Ainsi que nous le verrons bientôt, la patience, une sage expectation, une manœuvre simple, permettront dans ces cas de voir l'accouchement se terminer spontanément (obs. XII).

TROISIÈME PARTIE

Des Pelvi-Viciations Fonctionnelles

Dans ls pelvi-viciations fonctionnelles comme dans les pelvi-viciations anatomiques, il est évidemment des cas qui ne peuvent entrer en ligne de compte dans notre étude. La disproportion exagérée entre les diamètres de la présentation fœtale et ceux du bassin peut être telle qu'il soit nécessaire de terminer l'accouchement par une intervention sanglante.

Nous avons exprimé plusieurs fois notre opinion à ce sujet ; nous voulons seulement démontrer ici que dans certains cas de pelvi-viciations anatomiques ou fonctionnelles, au détroit inférieur, l'accouchement spontané est souvent possible.

Ce résultat heureux peut être favorisé soit grâce à des modifications d'ordre physiologique, telles que la mobilisation des symphyses plus mar-

quée dans le dernier trimestre de la grossesse, soit grâce à certains subterfuges provoquant une ampliation plus considérable du diamètre biischiatique tels que la position de Jonges.

Il ne faut pas opérer à moins d'indications formelles et alors que la seule chance de salut pour la mère et pour l'enfant réside dans l'intervention sanglante.

Celle-ci est surtout discutable dans le cas de bassin limite.

Elle peut être aussi discutée dans le cas :

1° D'excès de volume du fœtus :

a) total.

b) partiel.

2° De mauvaise évolution de la présentation.

Chapitre I

Bassin Limite

Le bassin limite est un bassin dont les diamètres n'offrent pas une disproportion marquée avec les diamètres fœtaux moyens dans les diverses présentations eutociques. — (Prof. Rouvier).

Dans le cas où il n'existe pas une disproportion marquée entre le volume de la présentation fœtale et les diamètres pelviens, ces derniers sont justes suffisant pour permettre le passage.

Un examen superficiel, surtout si le travail est lent, ferait cependant pronostiquer une dystocie et conseiller une intervention, quand une sage attente permettrait la plupart du temps un accouchement eutocique.

Donc toutes les fois que les diamètres fœtaux l'emportent sur les dimensions moyennes, le bassin limite doit fonctionner comme un bassin modérément rétréci.

I. Ce type de bassin se rencontre lorsque les diamètres pelviens étant normaux ou légèrement inférieurs, les divers diamètres de la présentation fœtale sont à une minime différence près, les mêmes que ceux du bassin.

Un examen attentif, seul, nous permettra de diagnostiquer un semblable cas. On pourrait dans le cas contraire attribuer l'arrêt de l'évolution fœtale à toute autre cause. Une intervention sanglante serait ici, tout à fait inopportune ; l'accouchement peut se faire soit spontanément, soit grâce à certaines modifications apportées au détroit inférieur par la position de la femme (obs. X).

II. De même, toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un bassin généralement rétréci, avant de s'alarmer, on devra tenir compte dans son pronostic, pour apprécier l'importance fonctionnelle de ce retrécissement, du volume du fœtus, de l'âge et de la taille des générateurs, de la parité de la mère, etc., etc. On peut avoir, en effet, un fœtus de petit volume, dont les diamètres sont assez réduits pour lui permettre son passage facile au travers de la filière pelvienne même rétrécie (obs. VII).

Dans le cas contraire, si le diagnostic a été bien posé, — et la céphalométrie externe de Perret, la pelvimétrie externe et interne nous en fournissent les moyens, — certaines modifications apportées aux divers diamètres du détroit inférieur

par la position donnée à la femme pendant l'accouchement, permettront même d'éviter une application de forceps.

III. Le bassin limite, ne se rencontre pas seulement dans la catégorie des bassins généralement rétrécis ; toutes les catégories de bassins viciés, exception faite pour le bassin de Nœgelé, peuvent rentrer plus ou moins dans ce groupe ; témoin l'observation IV : il s'agit d'un bassin coxalgique qui s'est comporté comme un bassin limite ; l'accouchement a eu lieu spontanément ; mais il est évident que si l'ovoïde céphalique avait été arrêté au détroit inférieur, la position de Jonges, que nous décrirons plus loin aurait permis le dégagement.

IV. Si la céphalométrie externe a montré qu'il s'agit d'un gros fœtus, ce n'est pas une raison suffisante pour s'alarmer dans tous les cas. Les diamètres du bassin peuvent être assez développés pour permettre le passage du fœtus. Il faudra, d'ailleurs, se souvenir si la disproportion est assez marquée, des divers phénomènes physiologiques dont nous parlerons plus loin, qui pourront alors permettre une expulsion spontanée.

V. Si le fœtus est très gros, on pourra encore

avoir un bassin normal mais dont tous les diamètres seront très grands et où l'engagement, l'évolution, le dégagement pourront se faire par les seules forces de la nature.

Il ne faut donc point s'alarmer en présence d'une pelvi-viciation anatomique ou fonctionnelle intéressant surtout le détroit inférieur. Mais on doit, avant de porter un pronostic définitif, ainsi que l'enseigne M. le Prof. Rouvier, étudier, d'une façon approfondie, le bassin et la présentation fœtale ; comparer les deux éléments du problème au point de vue mathématique pur et tenir compte surtout de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement.

Cet examen pourra montrer que la disproportion relevée en pareils cas n'est pas assez marquée pour empêcher un accouchement spontané. Si elle est assez prononcée, une méthode non sanglante, sans danger, à la portée de tous, doit être mise en œuvre. Elle donnera des résultats excellents là où certains auteurs seraient portés à pratiquer soit une opération sanglante, soit une intervention instrumentale.

Chapitre II

Excès de Volume Total du Fœtus

On dit qu'il a excès du volume total du fœtus toutes les fois que ce volume dépasse notablement le volume moyen d'un fœtus à terme. Comme le volume du fœtus est directement en rapport avec son poids et sa longueur, on peut admettre que l'excès de volume total existe dans tous les cas où le poids fœtal dépasse 3.500 grammes.

Les cas d'excès de volume total du fœtus ne sont pas aussi rares qu'on pourait le supposer.

L'excès de volume fœtal à une grande importance parce que, coïncidant avec l'excès de longueur des différents diamètres de l'ovoïde fœtal, il entraîne au point de vue fonctionnel une disproportion plus ou moins marquée avec les diamètres du pelvis : celui-ci fut-il de constitution absolument normale.

Un fœtus normal peut être trop gros pour tel bassin rétréci ; il pourra être petit par rapport à tel autre bassin très ample ; dans d'autres cas, comme nous l'avons vu, il pourra y avoir disproportion à peine marquée entre les divers diamètres de la présentation fœtale et ceux du bassin.

Incontestablement la disproportion sera directement en rapport du volume fœtal si le bassin a des dimensions normales.

Si nous nous en tenons uniquement au poids absolu du fœtus, très fréquemment ce poids est supérieur à la moyenne de 3.500 grammes.

M. le Prof. Rouvier, dans une statistique publiée dans le *Bulletin médical de l'Algérie*, 29 juin 1910, trouve sur 1.000 nouveaux-nés, d'un poids supérieur à 1.000 grammes, examinés, 387 de poids supérieur à 3.250. Pour nous en tenir simplement aux poids supérieurs à 3.500 gr. nous trouvons dans cette statistique pour 1.000 nouveau-nés viables :

de	3.501 gr.	à	3.750 — 128
»	3.751	»	4.000 — 54,5
»	4.001	»	4.250 — 29
»	4.251	»	4.500 — 18,95
»	4.501	»	4.750 — 0
»	4.751	»	5.000 — 2,36
»	5.001	»	5.250 — 2,37

M. le Prof. Rouvier a bien voulu nous permettre de faire à ce sujet de nouvelles recherches dans les Archives de la Maternité d'Alger ; elles portent sur une plus longue période, allant du 1er janvier 1906 au 15 avril 1912. Sur un total de

2.462 accouchements nous avons relevé 197 nouveau-nés viables dépassant 3.500 grammes, soit 8 %.

Ces 197 cas se décomposent de la façon suivante :

1° Fœtus pesant de 4.000 gr. et au-dessus :

4.000	grammes....	2 cas
4.030	—	1 —
4.030	—	5 —
4.080	—	1 —
4.100	—	3 —
4.120	—	1 —
4.150	—	2 —
4.200	—	1 —
4.210	—	1 —
4.220	—	23 —
4.230	—	1 —
4.250	—	2 —
4.270	—	1 —
4.300	—	1 —
4.350	—	5 —
4.360	—	1 —
4.400	—	2 —
4.455	—	1 —
4.300	—	3 —
4.570	—	1 —
4.620	—	1 —

4.700 — .... 2 —
4.770 — .. . 2 —

Soit 42 nouveau-nés dépassant 4.000 gr. dont 36 venus au monde spontanément, un mort-né. On a fait 2 applications de forceps au détroit inférieur, trois applications du crochet axillaire mousse de M. le Prof. Rouvier pour excès du bis-acromial.

2° Nouveau-nés pesant de 3.900 à 4.000 gr.

3.900 grammes.... 6 cas
3.910 — .... 1 —
3.920 — .... 2 —
3.925 — .... 1 —
3.930 — .... 1 —
3.940 — .... 1 —
3.950 — .... 8 —
3.960 — .... 2 —
3.970 — .... 1 —
3.980 — . .. 1 —

Au total 24 nouveau-nés dont 22 venus au monde spontanément, 2 furent extrait par une application de forceps au D. I.

3° De 3.800 à 3.900 grammes :

3.800 grammes.... 10 cas
3.810 — .... 2 —
3.820 — .... 4 —

3.830	—	2 —
3.850	—	6 —
3.860	—	1 —
3.870	—	3 —
3.880	—	3 —

Au total 31 nouveau-nés avec une application de forceps et une version.

4° De 3.700 grammes à 3.800 grammes :

3.700 grammes		5 cas
3.720	—	4 —
3.725	—	1 —
3.750	—	20 —
3.760	—	2 —
3.770	—	5 —
3.780	—	5 —
3.790	—	1 —

En tout 33 accouchements eutociques.

5° De 3.600 grammes à 3.700 grammes :

3.600 grammes		13 cas
3.610	—	2 —
3.620	—	4 —
3.630	—	2 —
3.635	—	2 —
3.640	—	2 —
3.645	—	1 —
3.650	—	10 —
3.660	—	1 —

3.665 — .... 1 —
3.670 — .... 8 —
3 680 — .... 4 —
3.685 — .... 1 —

Soit 51 accouchements avec une application de forceps et un mort-né.

6° De 3.500 grammes à 3.600 grammes :

3 520 grammes.... 2 cas
3.550 — .... 3 —
3.560 — .... 2 —
3.570 — .... 4 —
3.580 — .... 4 —

Soit 15 accouchements eutociques.

D'après cette statistique il est facile de se rendre compte d'une part que les fœtus dont le poids dépasse la moyenne sont relativement nombreux ; d'autre part, que les interventions sont assez rares, puisque sur 197 cas de fœtus dépassant la moyenne de 3.500, on ne compte que 5 applications de forceps, et 3 applications de crochet axillaire. Il est à présumer que dans la plupart de ces cas où l'on est intervenu, une sage expectation ou l'application de la méthode de Jonges auraient permis un accouchement spontané.

En résumé, dans tous les cas où l'on se trouve en présence d'un gros fœtus, il faut tenir compte

non seulement des dimensions de la présentation fœtale, mais aussi des divers diamètres du bassin ; si la présentation ne progresse pas au détroit inférieur, il ne faut point recourir immédiatement au forceps ou à une intervention sanglante, mais songer aux divers phénomènes physiologiques qui se passent dans le bassin d'une femme pendant la grossesse, à la mobilisation des os pelviens pendant l'accouchement.

Sachons attendre en surveillant attentivement l'état du fœtus, l'accouchement se fait souvent spontanément ; s'il ne se fait pas, si la tête est arrêté au détroit inférieur, la position de Jonges qui agrandit les diamètres de ce détroit permettra la plupart du temps le passage du pôle fœtal.

Chapitre III

Excès de Volume Partiel

Cet excès peut porter sur l'ovoïde céphalique ; quand il provient de l'hydrocéphalie, dans la plupart des cas, il sera impossible d'avoir un accouchement spontané; mais il arrive qu'il y ait excès de certains diamètres sans que la tête atteigne toutefois des proportions exagérées.

1° L'hydrocéphalie n'est pas la seule cause d'augmentation de l'ovoïde céphalique car l'on voit très souvent des enfants à terme, possédant un bi-parietal plus volumineux que la moyenne, venir au monde spontanément.

2° Le diamètre bisacromial peut être lui aussi augmenté et cette augmentation est plus fréquente qu'on ne le pense.

M. le Prof. Rouvier a fait à ce sujet des recherches du plus haut intérêt publiées dans son Mémoire sur : « L'emploi du crochet mousse dit axillaire pour le dégagement des épaules enclavées dans l'excavation pelvienne au cours de l'accouchement par le sommet. » (*Bulletin médical de l'Algérie*, 25 juin 1910, n° 12). Il ne considère que les cas où une intervention judicieuse permet de

sauvegarder le fœtus, les épaules arrêtées au niveau du détroit inférieur, empêchant le dégagement.

Demelin sur un total de 115 bis-acromiaux appartenant à des fœtus de 4 à 6 kilos, note :

10	fois	ce	diamètre	inférieur	à	12 centimètres.
32	—		ayant de	12	à 12	centim. 9
52	—		—	13	13	— 9
14	—		—	14	14	— 9
3	—		—	15	15	— 9
3	—		—	17	17	— 9
2	—		—	20	centimètres.	

M. le Prof. Rouvier relève dans sa statistique :

Bis-acromial	0.10	centimètres	3 cas
—	0.11	—	11 —
—	0.115	—	1 —
—	0.12	—	29 —
—	0.125	—	2 —
—	0.13	—	13 —
—	0.19	—	29 —
—	0.15	—	8 —
—	0.155	—	1 —
—	0.16	—	5 —

Jaïs, dans sa thèse « Contribution à l'étude de la dystocie par volume exagéré des épaules dans les présentations céphaliques. Son traitement par le crochet axillaire de M. le Prof. Rouvier. »

(Alger 1911) a fait porter ses recherches sur 100 cas observés à la Maternité d'Alger de juillet 1909 à mars 1911. Il trouve :

Bis-acromial non réduit :

0.10	2 cas
0.11	3 —
0.115	1 —
0.12	8 —
0.125	1 —
0.13	19 —
0.135	2 —
0.14	44 —
0.145	1 —
0.15	19 —
0.155	1 —
0.16	2 —
0.165	2 —

On se rend compte par ses différentes statistiques que le chiffre 12, dimension du bis-acromial normal est fréquemment dépassé. Est-ce à dire que toutes les fois où il y a excès du bis-acromial on doive fatalement intervenir ?

Non, car ainsi que nous l'avons vu ce bisacromial est réductible. De plus si certains phénomènes physiologiques, la position de la femme au moment de l'accouchement, sont utiles dans les

présentations du sommet arrêtées au détroit inférieur, on ne voit pas pourquoi il n'en serait pas de même ici. Souvent telle opération aurait ainsi pu être évitée comme dans le cas relaté dans notre observation VII.

3° Il nous suffit de rappeler, comme rentrant dans ce groupe, les monstruosités, l'anencéphalie (obs. XI) ; les excès de volume du tronc tenant à l'ascite, à diverses tumeurs, au rein polykystique ; les tumeurs coccygiennes ; l'excès du bis-iliaque ; cas qui presque tous sont justiciables d'une intervention opératoire, dans lesquels un accouchement spontané à terme n'est guère possible.

Il est cependant des cas où l'engagement peut se faire, mais où la malformation paraît être de nature à faire obstacle au dégagement au détroit inférieur. Il est de toute évidence que la contractilité utérine, le travail physiologique qui se produit pendant la grossesse dans les articulations pelviennes, la position donnée à la femme pendant l'accouchement, ne lui permettront pas toujours d'accoucher sans intervention sanglante ; mais le devoir de l'accoucheur est d'être circonspect car aussi bien, ainsi que nous le démontrerons, l'accouchement à souvent lieu grâce à ces mêmes moyens.

Chapitre IV

Mauvaise Évolution de la Présentation

En général, le fœtus se présente au détroit supérieur comme pelotonné sur lui-même : tête fléchie sur la poitrine, membres supérieurs croisés et fléchis sur la partie antérieure du thorax ; cuisses fléchies sur l'abdomen, jambes fléchies et entrecroisées. Cette disposition a pour but de permettre au fœtus de former un bloc compact qui recevra toute la force de l'impulsion utérine. C'est le mobile fœtal de forme ovalaire qui dans l'accouchement eutocique à terme se présente nécessairement par l'un de ses pôles.

Dans la présentation du sommet, pour s'engager, la tête se présente au détroit supérieur fléchie. Cette flexion est poussée à son maximum, grâce aux premières contractions utérines qui abaissent l'occiput, tandis que le front se relève ; la tête ne se présente alors plus par son diamètre occipito-frontal, mais par son diamètre sous-occipito-bregmatique qui a 2 cm. de moins que le précédent. En même temps, au point de vue fonctionnel, la contraction utérine transforme le fœtus en une masse homogène. Si l'occiput

est à une extrémité transverse, il se porte vers l'extrémité d'un diamètre oblique, suivant lequel il doit descendre. L'engagement a alors lieu, il se produit en asynclitisme postérieur en général ; ce mouvement substitue un diamètre pariéto-temporal au diamètre pariétal plus considérable. La descente dans l'excavation se poursuit grâce aux contractions utérines ; la tête est alors hyperfléchie ; mais au détroit inférieur, la tête ne peut plus emprunter un diamètre oblique trop réduit ; elle doit opérer un mouvement de rotation de dégagement, pour que son diamètre sous-occipito-bregmatique corresponde au diamètre antéro-supérieur du bassin de la mère ; la tête est en positioin occipito-pubienne ; le dégagement a lieu selon les diamètres sous-occipitaux ; l'occiput vient se placer sous le pubis. Les mêmes phénomènes se passent pour l'évoluton des épaules et du siège.

D'une façon générale et sans passer ici en revue les diverses présentations, le fœtus s'accommode ; il tend toujours à se présenter à l'orifice des divers détroits selon ses plus petits diamètres ; dans la traversée de ces détroits, il tend toujours à orienter ses plus petits diamètres selon les dia-

mètres les plus larges du bassin.

Dubrisay nous explique la flexion de la tête de la façon suivante : « La tête articulée sur le rachis « et pendante, représente un levier dont le bras « occipital est beaucoup plus court que le bras « frontal ; c'est donc sur ce dernier que la résis- « tance opposée par les parois du canal pelvi-géni- « tal agira de préférence ; de cette façon le front « se relève et l'occiput descend. »

Quant l'état idéal de flexion complète de l'ovoïde céphalique sur l'ovoïde cormique n'est pas réalisé, on à affaire non plus à une présentation eutocique du sommet, mais à une présentation du front ou de la face susceptible de provoquer un état de dystocie.

S'il arrive que l'on a d'emblée une présentation de la face ou du front, il peut arriver aussi qu'une présentation primitivement favorable du sommet se transforme, par une cause quelconque, en une de ces présentations défectueuses, grâce à une déflexion de la tête. De même, un sommet en position postérieure au lieu d'opérer sa rotation en avant sous le pubis, peut évoluer en occipito-postérieur.

Les divers diamètres fœtaux qui se présentent

au détroit inférieur peuvent être plus petits que ceux du détroit inférieur, justes suffisants, ou supérieurs, quelles que soient les présentations.

Mais les deux premières catégories : diamètres inférieurs ou suffisants, peuvent se comporter comme les diamètres exubérants dans le cas de procidence d'un membre dont l'épaisseur au point de vue fonctionnel se surajoute aux diamètres en question. Cet accident n'a d'importance que dans les diverses présentations de l'ovoïde céphalique, cela va sans dire.

Il paraîtrait de prime abord que l'on doive fatalement intervenir dans des cas pareils. Nous verrons plus tard pourquoi il n'en est pas toujours ainsi. Le travail peut être long et pénible mais cela vaut mieux néanmoins que d'exposer la parturiente aux aléas d'une opération.

Il vaut mieux patienter que de courir les risques d'une intervention prématurée autant qu'inutile ; disons-nous bien avec Nœgelé que « nous ne sommes autorisés à intervenir que lors- « qu'une plus longue durée de travail menace de « devenir préjudiciable à la mère et à l'enfant. »

THÉRAPEUTIQUE

Chapitre Premier

Des Interventions Sanglantes

La présentation fœtale est dans l'excavation mais les diamètres du détroit inférieur, la disproportion entre ces diamètres et ceux de la présentation sont tels qu'un accouchement spontané paraît impossible.

Certains auteurs ne tenant compte que de la pelvi-viciation en elle-même, conseillent diverses opérations sanglantes et même indiquent pour tel degré de rétrécissement, telle intervention plutôt que telle autre. Ils ont formulé les indications des diverses opérations suivantes :

1° La symphyséotomie.
2° La pubio-ischiotomie de Farabeuf.
3° L'hébotomie de Gigli.
4° La césarienne.
5° La basiotripsie.
6° La sus-acriotomie, la cleïdotomie.
7° L'embryotomie.

Nous ne désirons pas voir disparaître de la thérapeutique obstétricale ces interventions, mais avant de recourir à elles que ne songe-t-on aux graves complications de la symphy séotomie et opérations similaires, soit immédiates comme les déchirures du vagin, de l'urètre, de la vessie ; le diastasis des articulations sacro-iliaques, les hémorragies, les thrombus, les embolies ; soit tardives comme les fistules vésico-vaginales, les prolapsus des divers organes pelviens, la dislocation de la symphyse pubienne et la difficulté de la marche qu'elle entraîne, les incontinences d'urine, etc.

Que ne songe-t-on qu'en faisant une césarienne on s'expose à des hémorragies graves, à l'issue des anses intestinales, au shock opératoire ; qu'il pourra se produire plus tard une éventration, des adhérences utéro-pariétales qui pourront amener dans un accouchement ultérieur une rupture utérine.

Et ceci sans parler des complications infectieuses ; la chirurgie a eu beau faire des progrès énormes grâce à l'asepsie, la menace n'en reste pas moins toujours suspendue sur la mère, d'autant plus que l'on est parfois forcé d'opérer dans un milieu infecté.

N'y a-t-il pas, d'autre part, une cruauté bien grande à opérer sur un enfant vivant au sein de sa mère une sus-acriotomie ou une cleïdotomie; ne sait-on pas que tous les accoucheurs sont aujourd'hui d'accord pour proscrire les opérations fœticides et que la basiotripsie ou l'embryotomie doivent être strictement pratiquées sur les fœtus morts ?

Ce tableau est poussé peut être un peut trop au noir ; nous n'agissons pas ainsi pour faire condamner d'une manière absolue ces divers procédés opératoires, mais pour inciter les accoucheurs à s'assurer avant d'intervenir, qu'ils sont absolument indiqués.

Ces préceptes si sages, si prudents, qui font partie de la doctrine enseignée à la Maternité d'Alger, sont malheureusement trop souvent oubliés de nos jours. On transforme un peu trop facilement dans diverses écoles obstétricales en indications strictes à intervenir d'une façon sanglante, des indications fort discutables ou tout au moins relatives. Il faut à tout prix réagir contre cette tendance que certains accoucheurs semblent avoir en considérant l'obstétrique comme une branche de la chirurgie.

Nous n'avons pas le droit de soumettre une femme à une intervention sanglante sans nécessité ; un accoucheur ne doit se résigner à prendre un bistouri ou tout autre instrument pour opérer qu'en désespoir de cause.

Aussi est-il nécessaire de se livrer à un examen minutieux de toute femme enceinte, un examen superficiel pouvant facilement conduire à des conclusions erronées, pour vérifier si la difficulté est réellement insurmontable sans opération.

Avant toute intervention, avant même de tenter une application de forceps lorsque la tête est au détroit inférieur, sachons attendre ainsi que le recommande Budin : « L'avantage de cette con-
« duite et qu'on évite l'intervention ; celle-ci en
« effet, n'est pas toujours inoffensive. Sans doute
« une application de forceps faite sur la tête
« arrivée si bas et placée en position occipito-
« pubienne est, au point de vue de la manœuvre,
« une opération simple et facile, mais comme elle
« est périlleuse entre des mains qui ne sont pas
« suffisamment habiles ! Comme elle est pleine
« de dangers si on ne pratique pas l'antisepsie
« la plus absolue. »

Ayons toujours présent à la mémoire les paro-

les de Nœgelé : « L'expérience journalière enseî-
« gne qu'un rétrécissement moyen, surtout quand
« il ne porte que sur un diamètre du bassin, »
— et c'est ce qui nous occupe dans cette étude, —
« peut n'exercer aucune influence préjudiciable
« sur le travail ; l'accoucheur ne peut rien faire
« de mieux d'abord, que de garder l'expectative ;
« d'ordinaire toute intervention prématurée est
« nuisible et il n'est pas un cas où la patience ne
« soit indispensable à l'accoucheur. »

Chapitre II

Prôcédé de Jonges, Devraigne et Descomps

Il est certain qu'au terme de la grossesse, grâce au ramollissement physiologique des articulations, aux divers mouvements se produisant dans les symphyses pelviennes, aux modifications du bassin en rapport avec les positions imprimées au tronc et aux membres inférieurs qui s'insèrent sur le bassin, un agrandissement des divers diamètres de ce bassin peut être réalisé pendant le travail, sous l'influence des pressions exercées de dedans en dehors et de haut en bas par le mobile fœtal, agrandissement dont nous avons fait pressentir toute l'importance dans divers accouchements.

Il nous paraît utile de rappeler ici les premières recherches publiées sur les modifications physiologiques du bassin pendant la grossesse et l'accouchement, qui les étudia, et qui songea à les utiliser.

1. — *Historique*

Déjà, dans les siècles passés, Ambroise Paré et Pineau avaient la même conception que nous à l'heure actuelle, du bassin et de la physiologie de

l'accouchement. Ils pensaient que les os du bassin se disjoignent à ce moment : « Le bassin s'ouvre pour livrer passage au fœtus. »

En 1575 et en 1521, Mercurio et Melli, prétendon, indiquent sans l'étudier, un procédé, se rapprochant de celui de Walcher, que nous verrons plus tard, permettant l'agrandissement du bassin principalement au détroit supérieur.

Mais l'honneur revient à Duncan d'avoir indiqué, le premier, en 1854, dans un mémoire sur *Les articulations du bassin pendant l'accouchement* (The Dublin quaterly Journal of Medical Sciences, août 1854), que grâce à certains phénomènes physiologiques, grâce à certaines positions, l'accouchement était rendu possible, dans des cas où un examen superficiel avait fait redouter une dystocie. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ses idées :

« Les observations que j'ai présentées sur les « mouvements dans les articulations du bassin « en dehors de la grossesse, prouvent immédiate« ment l'inanité des arguments à l'aide desquels « on cherche à montrer qu'il n'existe naturelle« ment aucune mobilité pendant la grossesse, et « que si des mouvements existent, ils sont patho« logiques.

« En nous fondant sur ce qui a été dit des mo-
« difications subies par les ligaments des articu-
« lations du bassin pendant la dernière moitié
« de la grossesse, nous pouvons sans difficulté,
« affirmer que les os du bassin possèdent alors
« des mouvements plus libres et beaucoup plus
« étendus qu'à toute autre époque. (1)

« Par suite de l'élévation de la symphyse pu-
« bienne, l'angle d'inclinaison du pubis est moins
« considérable et le diamètre conjugé du détroit
« supérieur est diminué de 4 ou 6 cm. ; le diamè-
« tre correspondant du détroit inférieur est aug-
« menté probablement d'une quantité double.

« Les changements apportés par ces mouve-
« ments dans les diamètres du détroit supérieur
« et du détroit inférieur ne sont pas sans impor-
« tance.

« Pendant la première période du travail, tan-
« dis que la tête appuie sur le détroit supérieur,
« la femme est en général debout, assise ou cou-
« chée sur le dos, ou bien dans une position éten-

---

(1) (La même année que Duncan, Luscha (1854) démontre que les jointures des os du bassin deviennent plus mobiles pendant la grossesse).

« due qui ne nécessite aucun effort. Mais dès que « la tête est descendue dans l'excavation et qu'elle « appuie sur le vagin, alors les contractions uté- « rines sont accompagnées d'efforts qui viennent « les renforcer.

« Ils ont pour effet d'élever la symphyse du « pubis, de porter en avant le promontoire, de « rétrécir le détroit supérieur, d'agrandir le dé- « troit inférieur. La position que prend la fem- « me dans la seconde période de l'accouchement « contribue à produire tous ces changements. Il « est curieux de voir que la femme pendant les « efforts de la deuxième période de l'accouche- « ment, plie ou élève les jambes, incline le tronc « en avant et détermine ainsi, du côté du bassin, « des modifications qui à ce moment facilitent la « descente du fœtus. »

A ce propos, Bar ne nous dit-il pas aussi que la femme, elle-même, se place instinctivement dans une position permettant d'utiliser ces modifications (1).

---

(1) Peut être faut-il attribuer à ces constatations physiologiques faites dans le domaine obstétrical, l'abandon à peu près définitif de nos jours, de l'antique

En 1855, Walcher étudie complètement la question et indique que les diamètres supérieurs du bassin, peuvent être agrandis, grâce à l'hyperextension des cuisses. Ces études furent d'ailleurs confirmées par les travaux de Jalaski et Klein.

Dickinson dans « the American Journal of obstétrique, de décembre 1878 », étudie les différentes positions en obstétrique. Mais c'est Crouzat qui étudia le premier, en 1881, ces procédés d'une façon scientifique. Depuis, le procédé indiqué par Walcher, s'appelle procédé de Walcher-Crouzat.

P. Bar avait fait en 1880 des études très soignées sur ce sujet, mais il ne les publia qu'en 1899 dans son rapport au Congrès d'Amsterdam.

Walcher reprend la question et présente à ce sujet un mémoire au 4e Congrès de la Société allemande de Gynécologie en 1899.

En ce qui concerne spécialement le détroit inférieur, Laborie indique que l'hyperflexion des

---

chaise obstétricale dont l'usage fut autrefois universel. On sait que, à part certaines provinces d'Italie et des Pays-Bas, cette chaise obstétricale n'est plus guère employée que par les populations arabes et certaines races sémitiques.

cuisses produit l'agrandissement du détroit inférieur : c'est le procédé ou plutôt la position de Laborie-Duncan.

Au Congrès d'Amsterdam, en 1899, Bar, Bonnaire et Bué dans des rapports sur « L'influence de la position de la femme sur la forme, l'inclinaison et les dimensions du bassin », démontrèrent que, ainsi que l'avaient déjà vu, Phenomenow, Varnier, Laborie, Potocki, etc., la position de la taille avait une heureuse influence sur le diamètre biischiatique ; son agrandissement peut atteindre trois centimètres.

Ce n'est ensuite qu'en 1908 que nous voyons la question occuper à nouveau l'esprit de certains accoucheurs. Les avantages de la position de Walcher-Crouzat, agrandissant le détroit supérieur en furent-ils la cause ? Peut-être. En tous les cas, nous ne devons pas oublier que dès 1854, Duncan indiquait l'heureuse influence de la flexion des cuisses, sur le détroit inférieur.

Le 15 mars 1908, le Dr Jonges, d'Amsterdam, fait à la Société Gynécologique hollandaise, une communication sur : « l'agrandissement non sanglant du détroit inférieur du bassin. » A la flexion des cuisses, il *ajoute l'hyperextension des*

jambes avec légère abduction des membres. Cette position de Jonges méritait la même année les éloges du professeur Treub, dans une série de conférences.

Mais chose notable, on considère jusqu'à ce moment là que l'agrandissement des détroits inférieur n'est dû qu'au relâchement des symphyses et aux mouvements des os entre eux consécutifs.

A MM. Devraigne et Descomps (1910) qui ignoraient les recherches de Jonges, revient l'honneur d'avoir rétabli cette question sur des bases vraiment anatomiques et physiologiques.

Leurs savantes recherches ont démontré le rôle capital du système musculaire qui prend point d'attache sur le bassin et sur les membres inférieurs, dans cet agrandissement du détroit inférieur.

2. — *La Position de Jonges, Devraigne et Descomps*

Bonnaire et Bué étudièrent les premiers sur le cadavre les effets de l'hyperflexion : « L'emploi « de cette attitude, que nous avons réalisée par « la posture de la taille périnéale n'est pas non « plus nouveau en obstétrique ; on peut en effet

« la comparer au point de vue des rapports de « situation des membres par rapport au tronc, « avec la position accroupie, la position de la « défécation, la position genu-pectorale. »

Cette phrase indique bien qu'il s'agit d'une position où les jambes sont fléchies sur les cuisses : « les genoux, vis-à-vis des épaules. C'est ainsi « qu'on obtient l'écartement maximum des tubé- « rosités ischiatiques. En portant les genoux en « abduction, on constate un agrandissement de « quelques millimètres. »

Jonges trouve que l'on peut avoir de meilleurs résultats par un autre procédé : « Par des men- « surations portant sur 25 femmes enceintes ou « femmes récemment accouchées, il me fut évi- « dent que le diamètre biischiatique était en « moyenne 3,5 millimètres plus long dans la posi- « tion des genoux, vis-à-vis des épaules, que dans « la position obstétricale, et que cette différence « montait à environ 9 millimètres dans une posi- « tion de flexion forcée des cuisses, combinée à « l'extension des jambes et à l'abduction des « cuisses. Le diamètre biischiatique se laisse « donc agrandir d'environ un demi centimètre « de plus en faisant la flexion et l'abduction des

« membres inférieurs en extension complète, au « lieu de faire la flexion et l'abduction des mem- « bres en flexion. »

La position proposée par MM. Devraigne et Descomps est la même : « Sujet placé dans le dé- « cubitus dorsal, cuisses en flexion forcée sur le « bassin, jambes en extension avec légère abduc- « tion des cuisses ». Mais tandis que jusqu'à ce jour les auteurs pensaient que l'agrandissement du biischiatique était dû aux mouvements de nutation du coccyx et du sacrum et au redresse- ment des ailes iliaques, ils pensèrent qu'il fallait faire entrer en ligne de compte certaines actions musculaires.

Après des recherches anatomiques, ils arrivè- rent à démontrer : « Qu'en faisant de l'extension « des jambes, dans la position d'hyperflexion des « cuisses, on obtient un maximum de rendement « des muscles adducteurs et postérieurs de la « cuisse ».

Nous ne pouvons ici que résumer leur travail. Ils étudièrent :

A) Des muscles qui prennent leur origine sur la branche ischio-pubienne et la tubérosité de l'ischion par des tendons :

1° Le droit interne.

2° Le petit adducteur.

3° Le moyen adducteur.

4° Le grand adducteur.

B) Des muscles s'attachant sur le versant postéro- externe de la tubérosité de l'ischion :

1° Le demi-tendineux.

2° Le biceps.

3° Le demi-membraneux.

Pour les insertions, ces muscles se divisent en deux groupes :

1° Les muscles qui vont au tibia :

a) Le biceps.

b) Le demi-tendineux.

c) Le demi-membraneux.

d) Le droit interne.

2° Les muscles qui vont au fémur :

a) Le grand adducteur.

b) Le moyen adducteur.

c) Le petit adducteur.

Le premier groupe est influencé par la position imposée à la jambe par rapport à la cuisse ; le second, par la position imposée au fémur par rapport au bassin.

Au total, tous ces muscles, quand on les met en

tension augmentent la distance transversale inter-ischiatique.

A) La flexion forcée de la cuisse sur le bassin augmente la tension de tous les muscles d'une façon constante.

B) L'abduction de la cuisse sur le bassin relâche les muscles jambiers, tend davantage les adducteurs.

C) L'extension de la jambe sur la cuisse en flexion forcée sur le bassin, tend tous les muscles adducteurs et postérieurs.

Donc la position optima est :

1° Flexion forcée de la cuisse sur le bassin.

2 Abduction forte à 45° environ.

3° Extension de la jambe sur la cuisse.

L'abduction moyenne a pour but de relâcher le grand fessier qui dans la flexion se tend et produit l'effet contraire à celui qui est recherché, puisqu'elle fixe le coccyx en empêchant sa rétropulsion. »

Dans la position que proposent MM. Devraigne et Descomps, le mouvement de nutation existe, mais il y a « en plus, mise en tension de « tous les muscles internes et postérieurs des « branches ischio-pubiennes ». Ces auteurs ont

trouvé sur des cadavres de femmes non enceintes, où les articulations n'étaient pas ramollies par la grossesse, des augmentations du biischiatique variant de 3 à 9 millimètres.

3. — *Indications et Avantages de la Méthode de Jonges*

Grâce à ce procédé, nous pouvons utiliser, à leur maximum, le relâchement physiologique des symphyses, l'écartement des surfaces articulaires des os du bassin entre elles. Les mouvements de nutation des os du bassin sont conservés, et si l'on songe que de son côté la présentation fœtale subit toujours un amoindrissement, on se rend facilement compte qu'un fœtus passera facilement, là où un examen superficiel nous aurait conduit à pronostiquer une dystocie et à intervenir d'une façon sanglante.

A) Ce procédé devra être mis en œuvre toutes les fois que la présentation se trouve arrêtée au détroit inférieur, que cet arrêt provienne d'une pelvi-viciation anatomique, aussi bien que d'une pelvi-viciation fonctionnelle.

1° Dans les bassins cyphotiques, cette méthode doit toujours être mise en œuvre, lorsque la pré-

sentation est arrêtée au détroit inférieur ; ainsi chez la femme atteinte du bassin cyphotique (observation I) l'étude des antécédents nous apprend qu'elle a eu quatre accouchements. Les deux premiers accouchements bien que la femme n'ait qu'un diamètre biischiatique de 0 m. 085 ont été eutociques (2 filles bien portantes à l'heure actuelle). Le troisième enfant a été extrait au forceps ; il était mort-né ; le quatrième est venu au monde à 8 mois $\frac{1}{2}$, il pesait 2.640 grammes et possédait des diamètres inférieurs à ceux du bassin de la femme.

La femme a donc accouché trois fois par les seules forces de la nature ; il faut tenir compte que les deux premières fois les nouvaux-nés étaient des filles à diamètres moins considérables que ceux des garçons, et que les poids des fœtus vont en augmentant avec la parité ; la troisième fois l'enfant devait être plus volumineux et peut-être du sexe masculin ; il est hors de doute que dans ce cas et dans les cas de notre obervation, si la tête avait été retenue au détroit inférieur, que la position de Jonges aurait permis l'expulsion spontanée.

2° Il en est de même pour les bassins asymétri-

ques. Dans notre observation II le rétrécissement provenait non pas autant du diamètre biischiatique que du diamètre bisciatique qui était très réduit ; on fit une application de forceps qui permit d'extraire sans effort la tête ; le bisacromial qui mesurait 0^{m}13 réduit, nécessita une application du crochet axillaire par M. le Prof. Rouvier ; il est évident qu'avec un biischiatique de 0^{m}10 et un bisacronial de 0^{m}13, l'expulsion aurait eu lieu spontanément si l'on avait songé à amplifier le détroit inférieur par la position de Jonges ;

3° Dans le bassin vicié par claudication (observation III) la position de Jonges aurait permis à peu près sûrement d'éviter une application de forceps ; la femme avait en effet des contractions énergiques ; le diamètre Bi I était de 0^{m}095 ; le Bi T de 0^{m}09 ; mais les branches ischio-pubiennes étaient saillantes et rapprochées l'une de l'autre ; la position d'hyperflexion des cuisses avec hyperextension des jambes et légère abduction des membres, écartant les branches ischio-pubiennes l'une de l'autre, aurait pu permettre le dégagement de la présentation.

4° Ne voyons nous pas souvent dans un bassin vicié, l'accouchement se faire spontanément

bien qu'il y ait disproportion entre les diamètres de la tête du fœtus et ceux du bassin ? C'est ainsi que l'accouchement a été eutocique chez la coxalgique de l'observation IV, chez laquelle le diamètre biischiatique avait 0^{m}085, tandis que le diamètre O. F. 0^{m}105 ; le Bi P. 0^{m}99 et le B. F. 0^{m}08. Si la tête n'avait pu franchir le détroit inférieur, la position de Jonges nous aurait donné un brillant résultat.

5° Si l'accouchement a été spontané chez la femme de l'observation V, qui avait un bassin à type cyphotique, avec un diamètre biischiatique : 0^{m}095 ; le fœtus ayant des diamètres : O F. 0^{m}105 ; Bi P. 0^{m}05 et Bi T. 0^{m}08, Bis A. réduit : 12, la position de Jonges aurait donné un résultat semblable chez la femme de l'observation VI.

D'ailleurs dans un cas semblable la méthode de Jonges a été employée par M. le Prof. Rouvier, qui a bien voulu nous permettre d'en reproduire ici l'observation ; on avait chez cette femme (obs. XII), un bassin asymétrique avec un diamètre biischiatique de 0^{m}07 ; l'accouchement a été provoqué presque à terme et la position de Jonges a permis d'avoir sans intervention sanglante, un fœtus du sexe féminin de 3,240, dont le Bi P —

0,095 ; Bi T = 0,08 ; Bis A réduit : 0^{m}11.

6° Nous pourrions en dire autant pour les pelvi-viciations par bassin limite, excès du volume toal du fœtus, excès du bisacromial, par monstuosité (obs. XI), présentation du front, de la face, procidence d'un membre (observation VII, VIII, IX).

On avouera qu'il est bien préférable de recourir à ce procédé simple, sans danger, ni pour la mère ni pour l'enfant, que de se livrer aux hasards d'une intervention sanglante.

B. Aussi toutes les fois que le cas se présentera, après un examen approfondi du bassin de la femme, si on constate une des pelvi-viciations que nous avons décrites, la présentation étant arrêtée au détroit inférieur, on amènera la femme, le siège au bord du lit ; on fléchira ses cuisses au maximum sur l'abdomen, les jambes étant hypertendues, les membres en légère abduction. La femme pourra maintenir elle-même ainsi que l'indique Jonges, ses membres inférieurs dans cette position, au moyen de bandes de toiles ; ou bien deux aides seront désignés à cet office. Il faudra se méfier, ainsi que l'enseigne M. le Prof. Rouvier, d'exagérer l'abduction, qui peut déterminer

des lésions traumatiques douloureuses des articulations fémorales. Cette position n'étant employée que lorsque la présentation se trouve au détroit inférieur, il n'y a aucun inconvénient à laisser la femme dans cette position, d'autant plus que l'expulsion spontanée se réalise en quelques minutes, en général.

C. Les résultats de cette méthode sont excellents, ainsi que l'on peut s'en convaincre par notre observation XII, et par les observations de la Clinique de Treub, publiées par M. Tjeenk Willink (Nederland tijelschrift woor Geneeskunde, novembre 1910 n° 21).

Van Rooy, d'Amsterdam, nous dit que la méthode a été appliquée dans diverses cliniques d'Amsterdam et il affirme que ces résultats sont pour la plupart conformes aux idées de M. Jonges : « M. Jonges avant de faire sa communica-
« tion avait appliqué déjà bien des fois la nou-
« velle position dans sa pratique personnelle, et,
« à son instigation, bien d'autres accoucheurs
« hollandais, avaient suivi son exemple ; l'histoi-
« re de plusieurs cas démontre que par la nou-
« velle position une extraction au forceps peut
« être évitée ou qu'un accouchement avance spon-

« tanément quand la tête de l'enfant restait im-
« mobile au niveau du détroit inférieur du bas-
« sin. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Bassin cyphotique avec un diamètre biischiatique de 0m085. Accouchement prématuré spontané à 8 mois 1/2. Dégagement en O. S.

La nommée M A., ménagère, célibataire, âgée de 40 ans, multipare entre à la clinique obstétricale de la Faculté d'Alger le 25 mars 1907 (n° 556, série 1).

Antécédents héréditaires. — Père mort à 57 ans par suite d'accident ; mère vivante et bien portante ; ont eu 6 enfants dont 5 filles et 1 garçon ; 2 filles et 1 garçon sont morts.

Antécédents physiologiques. — Ne peut préciser à quelle époque elle a marché ; mais dit qu'elle a bien marché jusqu'à l'âge de 3 ans ; réglée à 18 ans ; menstruation régulière.

Antécédents pathologiques. — Rougeole à 5 ans. A l'âge de 3 ans le malade dit avoir fait une chute ; il s'est formé 3 mois après, une tumeur de la grosseur d'une noisette au niveau de la colonne vertébrale formant une saillie qui est allée s'amplifiant au fur et à mesure du développement de la femme ; aucun traite-

ment n'a été employé à cette époque et il y a eu un arrêt complet du développement de la taille de l'enfant.

Cette femme a eu 3 grossesses suivies d'accouchements à terme ; les 2 premiers ont été eutociques ; pour le 3me, la femme a été endormie et ne peut donner aucun renseignement ; l'enfant était mort-né ; les 2 premiers enfants, 2 filles, sont vivantes et bien portantes.

Les dernières règles ont eu lieu du 3 juillet au 7 juillet 1906 ; la grossesse est parvenue à la 2me quinzaine du 8me mois ; elle a été pénible à cause des occupations journalières de la femme ; il y a eu de le leucorrhée pendant les derniers mois de la grossesse. Pas d'albumine dans les urines.

A l'inspection, on constate dans la région dorsale une cyphose très accentuée ; dans la région lombaire et sacrée il n'y a pas de déviations ; pas de scoliose ; il y a projection de la poitrine en avant ; pas de chapelet sterno-costal. Taille = 1m25.

Le quadrilatère obstétrical (los. de Michaëlis) est aplati.

Diamètres. — D. de Baudelocque = 0m171 ; D. biépineux = 0m242 ; D. bicrête = 0m267 ; D. biischiatique = 0m085.

Au toucher vaginal, le promontoire est difficilement accessible ; le détroit inférieur est rétréci. En résumé : bassin cyphotique pur.

Le travail a duré 19 heures ; le dégagement s'est fait en O. S. ; la tête était engagée en O. I. D. P.

Le fœtus du sexe féminin mesure 0m41 ; il pèse 2.400 grammes, il est chétif. Ses diamètres sont : O. F. = 0m092 ; sous O. F. = 0m086 ; Bi. P. = 0m076 ; O. M. = 0m105 ; sous O B. = 0m074 ; Bi. T. = 0m063 ; sous M. B. = 0m087 ; grande circonférence = 8m31 ; petite circonférence = 0m25.

Le placenta pèse 350 grammes ; le cordon à insertion centrale mesure 0m52.

Suites de couche normales, l'enfant et la mère sortent en bonne santé le 7 avril 1907.

OBSERVATION II

Bassin asymétrique. Scoliose dorsale. Gros fœtus. Application de forceps et du crochet axillaire.

La nommée G. M., célibataire, domestique, âgée de 21 ans, primipare, entre à la clinique obstétricale le 6 janvier 1912 (n° 426, série II).

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, bien portant, ont eu 7 enfants dont 3 garçons et 4 filles, tous vivants et se portant bien.

Antécédents physiologiques. — Fluxion de poitrine il y a un an. Les dernières règles ont eu lieu du 30 mars au 2 avril 1911. La grossesse est parvenue dans la 2e quinzaine du 9e mois ; depuis le début de la grossesse

la femme a des pertes blanches ; le sommeil est agité.

A l'entrée dans le service, le fœtus se présente par le sommet ; la tête est engagée en O. I. D. P.

A l'inspection. — *De dos*, la femme a le pli fessier gauche, plus bas et à convexité plus prononcée que le droit ; la fesse droite est plus effacée que la gauche par un léger aplatissement de la partie supérieure ; il y a une légère scoliose à concavité regardant à droite.

De profil. — L'ensellure lombaire est à peine marquée.

Le quadrilatère obstétrical (los. de Michaëlis) est déformé ; les dimensions sur les côtés sont : à droite, en haut : 0m09, en bas : 0m08 ; à gauche, en haut : 0m08, en bas : 0m10 ; la diagonale verticale, oblique de haut en bas, de gauche à droite mesure : 7 + 8 = 0,15 ; la diagonole horizontale inclinée à droite mesure 4, 5 + 5, 5 = 0, 10.

Diamètres. — D. de Baudelocque = 0m155 ; D. bisépineux = 0m22 ; D. bicrête = 0m255 ; D. biischiatique = 0m10.

Au toucher l'épine sciatique du côté droit est très saillante ; celle de gauche également, mais moins. Le promontoire est à peine accessible : D. promonto-pubien minimum = 0m085.

Le travail débute vers la 15e heure, le 9 janvier 1912 ; à 2 h. 1/2 le 10 janvier, la dilatation est de la dimension d'une pièce de 2 francs ; elle est complète à 8 heures ; la tête est engagée en O. I. D. P. A 8 h. 1/2, M. le

Prof. Rouvier, jugeant que l'enfant souffre fait une application du forceps ; la rotation et le dégagement de la tête en O. P. ont lieu ; puis il fait une application du crochet axillaire pour dégager les épaules ; l'expulsion du fœtus a lieu à 9 heures ; l'expulsion du placenta à 9 h. 1/2. La durée totale du travail a été de 17 heures.

L'état de la femme est satisfaisant.

Le fœtus du sexe masculin mesure 0m52 ; il pèse 4,020 grammes ; son état général est bon ; les diamètres de la tête manquent ; le bisacromial non réduit = 0m15, réduit = 0m13. Le placenta pèse 0,790 grammes.

La mère et l'enfant quittent le service en bonne santé le 11 février 1912 ; l'enfant pesait 4,580 grammes.

OBSERVATION III

Bassin asymétrique, claudication par tumeur blanche du genou ; scoliose lombaire à convexité droite. Forceps au détroit inférieur.

La nommée C. A., ménagère, célibataire, primipare, âgée de 17 ans, entre à la clinique obstétricale le 3 mars 1909 (n° 1211, série I).

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants ; ont eu 3 enfants en bonne santé.

Antécédents physiologiques. — Ne peut préciser à quelle époque elle a marché ; réglée à 16 ans ; mens-

truation régulière.

Antécédents pathologiques. — A eu, à l'âge de 2 ans une tumeur blanche du genou droit ; une opération a été pratiquée il y a 5 ans par M. le Professeur Curtillet ; le membre inférieur droit est atrophié et très raccourci.

Les dernières règles ont eu lieu du 3 juin au 11 juin 1908 ; la grossesse est parvenue dans la 2me quinzaine du 9me mois ; état général bon ; pas d'albumine dans les urines.

A l'entrée dans le service, le fœtus se présente par le sommet en O. I. G. P., tête mobile.

A l'inspection : taille = 1m46 ; tronc = 0m85 ; abaissement très marqué du pli fessier droit ; le membre inférieur droit est très raccourci ; la vulve est en synextro-version ; scoliose lombaire compensatrice à convexité droite.

Le quadrilatère obstétrical est déformé ; les dimensions sont : à droite, en haut = 0m07, en bas = 0,111 ; à gauche, en haut = 0,074, en bas = 0,114 ; la diagonale verticale : 5 + 10 = 15 ; la diagonale horizontale fortement inclinée de haut en bas, de gauche à droite : 5,5 + 5 = 10,5.

Diamètres. — D. de Baudelocque = 0m155 ; D. bisépineux = 0m225 ; D. bicrête = 0m26 ; D. biischiatique = 0m095.

Le travail débute le 4 mars à la 17me heure ; la dilatation est complète à 9 heures du matin le 5 mars ; la

tête est fixée au détroit inférieur et n'a pas effectué sa rotation ; elle est en O. I. G. T. ; on sent au toucher les branches ischio-pubiennes saillantes et on a l'impression d'un bassin très étroit ; à 10 heures le Docteur Benhamou constate que la tête se trouve en O. I. G. T. ; il rompt la poche des eaux ; avec la main, il pratique la rotation et amène la tête en O. P. Il fait une application de forceps ; l'extraction est facile. La durée totale du travail a été de 17 heures.

L'état général de la femme est bon.

L'enfant est du sexe féminin ; état général bon ; il mesure 0m47 et pèse 2,960 grammes. Ses diamètres sont : O. M. = 0m12 ; O. F. = 0,11 ; sous O. B. = 0,08 ; S. O. F. = 0,08 ; Bi. P. = 0,09 ; Bi. T. = 0,08 ; S. M. B = 0,07 ; grande circonférence = 0,37 ; petite circonférence = 0,31 ; bisacromial non réduit = 0,12, réduit = 0,09.

Le placenta est circulaire et pèse 480 grammes ; le cordon à insertion centrale a 0m55.

La mère et l'enfant sortent en bonne santé le 16 mars 1909 ; l'enfant pesait 3,025 grammes.

OBSERVATION IV

Rédigée par M. Ricolfi

Bassin coxalgique couché, en général asymétrique.
Circulaire cervical, procidence de la main gauche,
Accouchement spontané.

La nommée F. F., ménagère, célibataire, primipare, âgée de 19 ans, entre à la clinique obstétricale le 25 janvier 1912 (n° 417, série II).

Antécédents héréditaires. — Père décédé il y a six ans à la suite d'un accident ; mère en vie, bien portante ; ont eu 8 enfants dont 2 morts en bas âge et 6 se portant bien.

Antécédents physiologiques. — A marché à 2 ans ; a toujours bien marché jusqu'à l'âge de six ans ; réglée à 12 ans 1/2, menstruation irrégulière.

Antécédents pathologiques. — A eu une coxalgie à l'âge de 6 ans, qui a duré 7 ans ; elle a été soignée par M. le Professeur Curtillet.

A l'inspection : atrophie du membre inférieur droit ; suppression des deux plis sous-fessiers ; antéversion pelvienne très prononcée ; cicatrices profondes, l'une au niveau de l'angle latéral droit du losange obstétrical, l'autre dans le tiers inférieur du côté inférieur droit du losange. En arrière et à droite, sur le côté de la fesse droite, cicatrice linéaire très profonde à direction

presque verticale dénotant des interventions osseuses. A la partie supérieure du pli inguinal droit et à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, il y a des cicatrices à direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans.

Diamètres. — D. de Baudelocque = 0,17 ; D. bisépineux = 0,225 ; D. bicrête = 0,245 ; D. biischiatique = 0,085 ; D. S. sous. P. = 0,095.

Mensurations.

1° Epine iliaque antéro-supérieure à la malléole interne ; à droite : 0m76 ; à gauche : 0m43.

2° Epine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la rotule ; à droite : 0m42 ; à gauche : 0m43.

3° Pointe de la rotule à la malléole interne ; à droite : 0,345.

4° De l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'épine postérieure droite : 0,235.

5° De l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'épine postérieure gauche : 0,21.

6° De la tubérosité ischiatique gauche à l'épine postérieure droite : 0,21.

7° De la tubérosité ischiatique droite à l'épine postérieure gauche : 0,20.

8° De l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire à l'épine antéro-supérieure droite : 0,18.

9° De l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre à l'épine antéro-supérieure gauche : 0,19.

10° Du grand trochanter du côté droit à l'épine postéro-

supérieure gauche : 0,245.

11° Du grand trochanter du côté gauche à l'épine postéro-supérieure droite : 0,28.

12° Du sous-pubien à l'épine postéro-supérieure droite : 0,18.

13° Du sous-pubien à l'épine postéro-supérieure gauche : 0,20.

14° De l'épine iliaque antéro-supérieure droite à la symphyse pubienne : 0,175.

15° De l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à la symphyse pubienne : 0,155.

En résumé : bassin asymétrique par atrophie du côté droit du bassin.

La date des dernières règles est du 26 au 30 juin 1911. Le fœtus serait donc dans la 2e quinzaine du 7e mois ; mais d'après le volume du fœtus la grossesse paraît plus avancée.

A l'entrée dans le service, la tête est en O. I. D. A., non engagée ; l'état général de la femme est bon.

Le 28 janvier 1912, le travail débute à la 15e heure, la tête est engagée en O. I. G. P. Tout se passe normalement et l'expulsion a lieu à le 20e h. 35 ; le dégagement s'est fait en O. P. ; il y avait une circulaire du cordon avec procidence de la main gauche.

L'état général de la femme est bon. L'enfant du sexe masculin pèse 2,080 grammes et mesure 0m42 ; son état général est bon.

Les diamètres sont : O. F. = 0,105 ; O. M. = 0,11 ;

sous M. B. = 0,09 ; sous O. F. = 0,075 ; sous O. B. = 0,09 ; Bi. P. = 0,09 ; Bi. T. = 0,08 ; grande circonférence = 0,30 ; petite circonférence = 0,27 ; bisacromial non réduit = 0,11, réduit = 0,095.

Le placenta discoïde pèse 440 grammes ; membranes normales ; cordon à insertion centrale mesure 0,60.

L'enfant meurt le 31 février 1912 ; la mère sort le 20 février en bonne santé après avoir eu la grippe.

OBSERVATION V

Bassin à type cyphotique. Scoliose dorsale, cyphose lombo-sacrée, rachitisme ; accouchement spontané à terme.

La nommée F. C., domestique, célibataire, âgée de 21 ans, primipare, entre à la clinique obstétricale le 13 février 1909 (série I, n° 1197).

Antécédents héréditaires. — Père décédé à 51 ans de bronchite chronique, mère vivante en bonne santé ; ont eu 12 enfants dont 8 en vie. La mère, les frères et sœurs sont très nerveuses.

Antécédents physiologiques. — Ne peut dire à quel âge elle a marché ; réglée à 12 ans ; menstruation régulière.

Antécédents pathologiques. — Pas d'antécédents.

La femme à son entrée à la maternité est atteinte de

grippe et de chorée ; elle ne peut donner aucun renseignement sur la date de ses dernières règles ; il n'y a pas d'albumine dans les urines ; la grossesse paraît être dans le 7me mois, le fœtus se présente par le sommet ; la tête n'est pas engagée.

A l'examen on constate une légère scoliose dorsale gauche à laquelle se combine une cyphose lombo-sacrée ; le bassin est en rétropulsion ; il y a des stygmates de rachitisme : thorax aplati transversalement.

Le quadrilatère obstétrical est déformé ; les dimensions sont : à droite, en haut 0,07, en bas : 0,11 ; à gauche, en haut : 0,065, en bas : 0,10. La diagonale verticale légèrement oblique de haut en bas et de droite à gauche mesure : 5,5 + 9,5 = 0,13 ; la diagonale horizontale inclinée à gauche mesure : 4,6 + 5,4 = 0,10.

La taille de la femme = 1m47, le tronc = 0,77.

Diamètres. — D. de Baudelocque : 0,185 ; D. bisépineux : 0,205 ; D. bicrête : 0,235 ; D. biischiatique : 0,095.

En résumé, bassin asymétrique généralement retréci à type cyphotique.

La femme entre à la salle de travail le 15 mai 1909 à 18 h. 30 ; la tête est engagée en O. I. G. P. ; le fœtus est expulsé à 20 h. 20 du même jour ; dégagement en O. P.

L'état général de la parturiente est bon ; l'utérus bien retracté ; rien à la vulve, ni au périnée.

Le fœtus du sexe masculin mesure 0m48 ; il pèse 2,670 grammes ; son état général est bon ; ses diamètres sont : O. M. = 0,13 ; O. F. = 0,105 ; S. O. B. = 0,10 ; S. O. F. = 0,11 ; Bi. P. = 0,09 ; Bi. T. = 0,075 ; S. M. B. = 0,11 ; grande circonférence = 0,38 ; petite circonférence : 0,32 ; bisacromial non réduit = 0,14, réduit = 0,12 ; le placenta rond pèse 480 grammes ; le cordon à insertion centrale a 0,60.

La mère et l'enfant sortent en bonne santé le 12e jour ; l'enfant pesait 2,870 grammes.

OBSERVATION VI

Bassin à type cyphotique ; application de forceps au détroit inférieur.

La nommée F. M., ménagère, célibataire, âgée de 19 ans, primipare, musulmane, entre à la clinique obstétricale le 20 juin 1910 (n° 1589, série I).

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts ; ont eu 2 enfants dont 1 est mort.

Antécédents physiologiques. — Ne peut dire à quel âge elle a marché ; a été réglée à 15 ans ; menstruation régulière.

Antécédents pathologiques. — Céphalalgie depuis l'âge de 10 ans. Cette femme est entrée directement à la salle de travail et il n'a pas été possible de faire

les mensurations ; la tête était engagée en O. I. G. P. ; la femme souffrait depuis la veille 19 juin à 11 heures du matin ; elle rentre à la clinique à 2 h. 30 du matin le 20 février ; la dilatation est complète à 9 h. 15 ; à 11 h. 45 on constate que la tête en O. P. ne peut se défléchir ; elle est dans cette position depuis 1 h. 1/2 environ ; au toucher les branches pubiennes sont très rapprochées ; le détroit inférieur est retréci ; on fait une application directe de forceps ; le travail a duré 24 h. 45.

D'après ces renseignements on peut déduire que l'on a eu affaire à un bassin à type cyphotique.

Le fœtus du sexe féminin mesure 0m51, il pèse 3,600 grammes. Ses dimensions sont : O. M. : 0,14 ; O. F. = 0,12 ; S. O. B. = 0,095 ; S. O. F. = 0,11 ; Bi. P. = 0,094 ; Bi. T. = 0,075 ; S. M. B. = 0,11 ; grande circonférence = 0,35 ; petite circonférence = 0,13 ; Bisacromial non réduit = 0,14, réduit = 0,12.

Le placenta circulaire pèse 730 grammes, il est découronné, le cordon à insertion centrale a 0,52.

Suites de couche normales ; la mère et l'enfant sortent en bonne santé le 3 mars 1910.

OBSERVATION VII

Bassin limite généralement retréci ; procidence de la main droite ; accouchement spontané vers la fin du 9e mois.

La nommée P. M., lingère, célibataire, âgée de 20 ans, primipare, entre à la clinique obstétricale le 6 février 1912 (n° 428, série II).

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une fluxion de poitrine à l'âge de 28 ans ; mère vivante et bien portante ; frère âgé de 22 ans, en bonne santé.

Antécédents physiologiques. — A marché à 18 mois, réglée à 17 ans, menstruation régulière.

Antécédents pathologiques. — Pas d'antécédents.

Les dernières règles datent du 28 avril au 2 mai 1911 ; elle se trouve dans la 2e quinzaine du 9e mois de sa grossesse. Elle a quelques pertes blanches ; pas d'albumine dans les urines. La femme mesure 1m48, le tronc 0,77. Il existe une dextroversion des épaules et une légère dextroversion pelvienne ; le pli interfessier est dirigé de haut en bas, de droite à gauche ; le tronc à une légère tendance à se porter du côté gauche. Il y a une légère asymétrie du quadrilatère obstétrical du côté supérieur gauche ; l'angle latéral droit est un peu plus bas que le gauche.

A l'entrée, le fœtus se trouve en présentation du sommet en O. I. D. P. ; la tête est fixée.

Diamètres : D. de Baudelocque : 0,185 ; D. bisépineux : 0,195 ; D. bicrête : 0,255 ; D. biischiatique : 0,095.

Le travail débute à la 13me heure, le 11 février 1912 ; la dilatation est complète à 3 heures le 12 février ; la tête est engagée en O. I. D. P. et il y a procidence de la main droite ; l'expulsion spontanée en O. P. a lieu à 9 h. 30 ; le placenta est expulsé à 10 h. 25. La durée totale du travail a été de 14 h. 50.

L'état général de la mère est bon.

Le placenta rond pèse 480 grammes ; le cordon à insertion placentaire latérale mesure 0m49.

Le fœtus du sexe féminin mesure 0m50 et pèse 3 kgs son état général est bon. Ses diamètres sont : O. F. = 0,105 ; O. M. = 0,13 ; sous O. F. = 0,105 ; sous O. B. = 0,09 ; Bi. P. = 0,0 5 ; Bi. T. = 0,08 ; G. circonférence = 0,33 ; p. circonférence = 0,27 ; Bisacromial non réduit = 0,14, réduit = 0,12.

Suites de couche physiologiques : l'enfant est envoyé en nourrice, la mère sort en bonne santé le 27 février 1912.

OBSERVATION VIII

Bassin limite chez une jeune primipare. Fœtus très gros 4.500 grammes ; Excès du bisacromial ; extraction d'un fœtus vivant par le crochet axillaire (In thèse Jaïs, Alger, 1911, observation I. Résumé).

La nommée L., 18 ans, primipare, entre au pavillon de travail le 25 février 1910, à 2 h. 45 du matin.

Bassin de type masculin : diamètres : D. de Baudelocque : 0,195; D. bisépineux : 0,255; D. bicrête 0,255; D. biischiatique : 0,105.

Le losange obstétrical a : diagonale verticale : 6 + 9 = 15. Diagonale horizontale : 6 + 6 = 12, il est régulier.

A 4 h. 30 du matin, la poche des eaux est rompue, la dilatation complète ; la tête engagée en O. I. G. P. n'avance plus ; à 8 h. 15, la tête est en O. I. G. T. et a une tendance à se placer en O. I. G. A. M. le Prof. Rouvier décide de faire une application de forceps ; une première tentative est infructueuse ; une deuxième tentative aboutit ; la tête s'oriente en O. I. G. A. ; l'attention est attirée sur un excès du bisacromial qui dans un bassin relativement retréci dans tous ses diamètres à entravé la rotation interne du bisacromial.

Application du crochet axillaire à l'aisselle gauche ; extraction d'un fœtus de poids total de 4.500 grammes.

Placenta de 900 grammes, déchirure périnéale immédiatement réparée ; la mère et l'enfant sortent en excellente santé le 10 mars 1910.

OBSERVATION IX

Bassin limite au détroit inférieur, secondipare de 21 ans. Enclavement des épaules par excès du diamètre bisacromial. Extraction d'un fœtus de

4 kgs par le crochet axillaire. (In thèse Jaïs, Alger, 1911. Observation IV. Résumé).

R. A., secondipare, âgée de 21 ans (nº 64, série II). Entre à la maternité le 4 février 1911. Elle est dans la 2e quinzaine du 8e mois.

Sa taille est de 1m45 ; le losange obstétrical est normal; D. de Baudelocque: 0,192; D. bisépineux: 0,22; D. bicrête: 0,27; D. biischiatique: 0,09 ; promontoire inaccessible.

Le travail débute le 9 mars 1911, à 9 h. 1/2 du soir ; la tête est en O. I. G. P. ; la dilatation est complète à 5 h. 30 du matin le 10 ; le dégagement s'effectue en O. P. à 6 h. 30 ; application du crochet axillaire sur l'épaule postérieure; extraction d'un fœtus de 4 kgs et de 0m53 ; ses diamètres sont : O. F. = 0,12 ; sous O. F. = 0,11 ; O. M. = 0,13 ; sous O. B. = 0,105 ; sous M. B. = 0,10 ; Bi. P. = 0,095; Bi. T. = 0,085; bisacromial non réduit : 0,16, réduit : 0.14.

Le placenta pèse 600 grammes.

La mère et l'enfant sortent en bonne santé le 13 mars; l'enfant pesait 4.220 grammes.

OBSERVATION X

Bassin limite, application de forceps dans l'excavation, circulaire cervical ; procidence de la main gauche.

La nommée L. F., ménagère, célibataire, âgée de 20 ans, primipare, entre à la clinique obstétricale le 16 septembre 1911 (n° 337, série II).

Antécédents héréditaires. — Père mort albuminurique ; mère bien portante.

Antécédents physiologiques. — Ne peut préciser l'époque à laquelle elle a marché ; réglée à 16 ans, menstruation régulière.

Antécédents pathologiques. — Tentative d'empoisonnement par le sel d'oseille en mars dernier.

Les dernières règles ont eu lieu du 10 au 13 janvier 1910, la grossesse est au début du 9e mois ; la femme a des vomissements et des douleurs dans les reins ; pas d'albumine dans les urines.

A l'entrée le fœtus se présente par le sommet en O. I. G. A. ; la tête est mobile au détroit supérieur.

Le bassin est en général normal ; le promontoire inaccessible. D. de Baudelocque = 0,19 ; D. bisépineux = 0,22 ; D. bicrête : 0,255 ; D. biischiatique = 0,09.

Le travail débute à 21 h. 30, le 22 novembre 1911 ; la femme entre à la salle de travail à 14 heures le 23 novembre ; la dilatation qui a débuté à 11 heures

du matin le 23 ne progresse pas ; à minuit, M. Pélissier, interne, fait la dilatation bimanuelle et extrait le fœtus au forceps à minuit 35. Dégagement en O. P. ; il y avait une circulaire du cordon et procidence de la main gauche.

Tout est normal chez la femme.

Le fœtus du sexe masculin mesure 0,50, il pèse 3,255 grammes, il naît étonné ; les diamètres sont : O. F. = 0,115 ; O. M. = 0,115 ; sous M. B. = 0,105 ; sous O. F. = 0,11 ; sous O. B. = 0,115 , Bi. P. = 0,09 ; Bi. T. = 0,085 ; Bisacromial non réduit = 0,14 ; réduit = 0,11.

La mère et l'enfant sortent en bonne santé le 10 décembre 1911 ; l'enfant pesait 3,850 grammes.

OBSERVATION XI

Bassin fonctionnant comme pelvi-vicié. Anencéphale ; présentation de la face en M. I. D. P. ; dégagement en M. S. ; forceps.

La nommée T. H., domestique, célibataire, âgée de 22 ans, primipare, musulmane, entre à la clinique obstétricale le 15 avril 1911, en travail. (n° 149, série II).

Antécédents héréditaires. — Père et mère décédés, ont eu 2 enfants dont 1 est mort.

Antécédents physiologiques. — A marché à 17

mois ; a été réglée a 12 ans ; menstruation régulière.

Antécédents pathologiques. — Rhumatisme à 20 ans.

Les dernières règles datent du 4 février au 8 juillet 1910 ; elle est donc à terme ; l'état général est bon ; pas d'albumine.

Le fœtus se présente en M. I. D. P. ; la tête est engagée.

Les diamètres du bassin sont : D. de Baudelocque = 0,19 ; D. bisépineux = 0,23 ; D. bicrête = 0,27 ; D. biischiatique = 0,105.

La parturiente entre à la salle de travail à 20 heures le 15 avril 1911 ; la dilatation est complète ; la poche des eaux rompue. M. le Docteur Benhamou appelé, fait une application de forceps ; le dégagement se fait en M. P. ; l'expulsion a lieu à 1 heure du matin le 16 avril 1911. Le placenta est expulsé à 1 h. 10.

Rien à signaler du côté de la mère.

Le fœtus du sexe masculin pèse 3,500 grammes ; il est anencéphale et présente deux hernies des méninges remplies de liquide céphalo-rachidien ; ses diamètres sont : O. M. = 0,09 ; sous M. B. = 0,08 ; sous O. F. = 0,075 ; Bi P. = 0,085 ; Bi T. = 0,075 ; Bisacromial = 0,135.

Le placenta pèse 640 grammes ; le cordon mesure 0,55 ; suites de couche physiologiques.

La mère sort le 24 avril 1911, en bonne santé.

OBSERVATION XII

Bassin assymétrique avec diamètre biischiatique de 0m07.. Accouchement provoqué presque à terme. Expulsion spontanée du fœtus par la « Position de Jonges), par M. le Professeur J. Rouvier.

La nommée B. R., tapissière, célibataire, primipare, âgée de 22 ans, entre à la clinique obstétricale (nº 402, série II), le 4 janvier 1912.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, en bonne santé, ont eu 9 enfants, dont 4 morts en bas âge, et 5 se portant bien.

Antécédents physiologiques. — A marché à 2 ans, réglée à 17 ans, menstruation régulière.

Antécédents pathologiques. — A la suite d'une chute à l'âge de 4 ans, a présenté une affection ostéo-articulaire du genou droit pour laquelle elle est restée 2 ans 1/2 à l'hôpital de Mustapha. Cicatrices multiples et profondes, siégant dans les régions juxta-épiphysaires, dans le voisinage de l'articulation fémoro-tibiale droite ; les mouvements articulaires sont limités à de très légers mouvements de flexion. Dans la station debout, le membre malade est suspendu, en état de flexion partielle de la jambe sur la cuisse ; il est plus court que le membre sain.

Les dernières règles ont eu lieu de 2 au 5 mai 1911, la grossesse est parvenue à la fin de la 2^{me} quinzaine du

9me mois ; l'état général est satisfaisant ; pas d'albumine dans les urines.

A l'entrée dans le service, le fœtus se présente par le siège en dorso-postérieure. Pas d'engagement ; le 23 février 1912, cette présentation est remplacée par une présentation du sommet O. I. D. P. qui persistera jusqu'au moment de l'accouchement.

A l'inspection, je relève tous les caractères d'une asymétrie dans un bassin de type oblique ovalaire, en dextro-version. La fente vulvaire regarde la cuisse gauche.

Sur le plan dorsal, comme conséquence de la dextro-version, courbe scoliotique à convexité droite dans la région lombaire et par suite du redressement du tronc ; le plan latéral gauche décrit une courbe plus marquée qu'à droite.

Le quadrilatère obstétrical (los. de Michaëlis) est très déformé. Les dimensions sur 4 côtés sont : à droite, en haut 0,05 ; en bas 0,10. Et à gauche, en haut et en bas 0,08. La diagonale verticale légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite, mesure $5 + 8 = 0m13$; la diagonale horizontale, fortement inclinée à droite mesure $4 + 5 = 0m09$.

Disparition complète du pli fessier droit. Aplatissement de la fesse droite avec saillie à gauche et en bas, vers le pli interfessier qui est oblique de haut en bas et de gauche à droite.

Diamètres. — D. de Baudelocque : 0m195 ; D. bisé-

pineux : 0m225 ; diamètre bicrête : 0m245 ; D. biischiatique : 0m07.

Diamètres obliques.

1° De l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'épine iliaque postéro-supérieure droite : 0m22.

2° De l'épine iliaque antéro-supérieur droite à l'épine iliaque postéro-supérieure gauche : 0m215.

3° De la tuberosité ischiatique droite à l'épine iliaque postérieure gauche : 0m17.

4° De la tuberosité ischiatique gauche à l'épine postérieure droite : 0m20.

5° De l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire à l'épine iliaque antéro-supérieure droite : 0m185.

6° De l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche : 0m175.

7° Du grand trochanter droit à l'épine iliaque postéro-supérieure gauche : 0m25.

8° Du grand trochanter gauche à l'épine iliaque postéro supérieure droite : 0m265.

9° Du bord inférieur de la symphyse pubienne à l'épine iliaque postérieure droite : 0m19.

10° Du bord inférieur de la symphyse pubienne à l'épine iliaque postérieure gauche : 0m18.

11° De l'épine iliaque antéro-supérieure gauche au sommet de la symphyse pubienne : 0m15.

12° De l'épine iliaque antéro-supérieure droite au sommet de la symphyse pubienne : 0m19.

Au toucher vaginal, le promontoire est inaccessible ;

l'épine sciatique droite fait saillie dans l'excavation ; la ligne innominée gauche est redressée.

En résumé, nous avons affaire à un bassin asymétrique, avec atrophie des deux os iliaques dans lequel le type oblique ovalaire se trouve à un certain degré combiné avec le type « entonnoir ».

Cette circonstance me permet d'espérer un accouchement spontané en utilisant la *Position de Jonges* (flexion forcée des cuisses, combinée à l'extension des jambes et à l'abduction des membres inférieurs) vers la fin du 9e mois.

Après soigneuse desinfection, je fais provoquer le travail, par introduction dans l'utérus de la sonde de Krause, le 12 février ; le travail débute vers la 16e heure. Le col est effacé et la dilatation commençant le 13 février vers la 8e heure, la parturiente est conduite à la salle de travail. La tête est engagée en O. I. D. P. La rupture de la poche des eaux est spontanée mais précoce ; la dilatation est complète le 13 février, à la 14e h. 30. La femme est aussitôt placée dans la *position de Jonges* et accouche spontanément en occipito-pubienne au bout de 30 minutes. Le placenta s'engage par sa face fatale, et est expulsé à la 15e h. 45. Durée totale du travail 7 h. 45.

La température de la parturiente est de 36°8, son pouls de 78 puls. Sa respiration est normale, l'utérus est bien retracté. La vulve et le périnée sont indemnes.

Le fœtus du sexe féminin mesure 0m50. Il pèse

3,240 grammes. Son état général est bon. Les diamètres sont : O. F. : 0m12 ; sous O. F. : 0m095 ; Bi. P. : 0m095 ; sous O. B. : 0m095 ; Bi. T. : 0m08 ; sous M. B. : 0m105 ; grande circonférence : 0m35 ; petite circonférence : 0m29 ; D. bisacromial non réduit : 0m135, réduit 0m11.

Le cordon mesure 0m47 et a l'épaisseur du petit doigt. Son insertion est excentrique. Le placenta de forme ronde, pèse 450 grammes. Les membranes sont normales ; le grand lambeau mesure 0m39 ; le petit lambeau 0m10.

La montée de lait fut moyenne le 15 février. Après des suites de couches physiologiques, mère et enfant quittèrent le service le 4 mars, en excellente santé. Le nourrisson pesait 3,680 grammes.

CONCLUSIONS

1° Il résulte de notre étude que l'on se préoccupe trop, à l'heure actuelle en obstétrique, du degré mathématique des pelvi-viciations ; on est amené de la sorte trop souvent à intervenir d'une façon sanglante ;

2° Pour évaluer la valeur fonctionnelle d'une pelvi-viciation on ne se préoccupe pas assez des phénomènes physiologiques de la grossesse et de l'accouchement ;

3° Or, il existe à côté des pelvi-viciations vraiment insurmontables sans intervention, toute une série de pelvi-viciations dans lesquelles il n'y a pas d'obstacle à l'engagement et à la descente de la présentation fœtale, mais où le dégagement peut être parfois entravé au détroit inférieur.

a) Dans les pelvi-viciations anatomiques, ce sont : les bassins cyphotiques, certains bassins asymétriques, les bassins à type cyphotique.

b) Nous avons ensuite les bassins limites, dans lesquels il y a une disproportion à peine marquée entre les diamètres du bassin et ceux du fœtus ; les bassins

normaux aussi bien que les bassins viciés peuvent être dans certaines circonstances, limites.

c) Dans les pelvi-viciations fonctionnelles, un excès de volume total du fœtus, un excès du diamètre bisacromial ou bipariétal, certaines monstruosités, une mauvaise évolution de la présentation, pourront au détroit inférieur entraver le dégagement.

4° On a tort de s'alarmer en face de pareils cas de dystocie qui se présentent au moment de l'accouchement et surtout de conseiller immédiatement une intervention ; l'accouchement se fait souvent spontanément grâce au relâchement des symphyses pelviennes, à l'accommodation, à l'amoindrissement de la présentation fœtale, aux mouvements de bascule des os pelviens. La patience, une sage expectation doivent être la vertu de l'accoucheur en pareil cas.

5° Quand l'expulsion ne se fait pas, il existe un procédé qui tout en permettant d'utiliser à leur maximum ces divers phénomènes physiologiques, procure un agrandissement du détroit inférieur, grâce à des modifications de position des membres inférieurs par rapport au bassin, agrandissement dû à une action musculaire ; *c'est la position de Jonges, Devraigne et Descomps* : « *hyperflexion des cuisses associée à*

l'hyperextension des jambes avec légère abduction des membres inférieurs.

6° Ce procédé doit être employé toutes les fois qu'un obstacle, soit anatomique, soit fonctionnel arrête au détroit inférieur la présentation fœtale.

En aucun cas l'accoucheur n'est autorisé à intervenir s'il n'a préalablement utilisé cette position facile à appliquer, sans danger et qui donne la plupart du temps de brillants résultats.

Vu,
Le Président de Thèse,
Pr Rouvier.

Vu,
Le Doyen,
Curtillet.

Vu et permis d'imprimer,
Alger, le 15 Juin 1912,
Le Recteur,
E. Ardaillon.

BIBLIOGRAPHIE

BAR. — Influence de la position de la femme sur la forme, l'inclinaison et les dimensions du bassin. Obstétrique 1889, page 532.

BAR et BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements, 1907.

BONNAIRE et BUÉ. — De la mobilité des articulations et de l'influence des attitudes de la femme sur la capacité de divers étages du bassin. Congrès d'Amsterdam 1899 et Obstétrique 1899, Décembre, p. 530.

BUDIN. — De l'application du forceps sur la tête arrêtée au niveau du plancher périnéal. Leçons de clinique obstétricale 1889, page 60.

BUDIN. — Du bassin cyphotique ; rétrécissement portant surtout sur le diamètre bisciatique. Leçons de clinique obstétricale 1889, page 222.

BREISKY. — Med. Zahrbücher Zeitsch der K. K. Gesellschaft der Œrste in Wien 1865, p. 21, 83 et 1870, p. 3, 19.

CAZEAUX. — Traité de l'art des accouchements 1840, p. 746.

CHANTREUIL. — Leçons faites à la clinique de la Faculté de Paris 1881, p. 34.

CHANTREUIL. — Etude sur les déformations chez les cyphotiques. Thèse de Paris 1869.

CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements 1830.

CROUZAT. — La pratique obstétricale 1887.

COUVELAIRE. — Les bassins viciés. Pratique Médico-chirurgicale. Tome I. 1911.

DEVRAIGNE et DESCOMPS. — De l'agrandissement du diamètre biischiatique par la position de la

taille complétée par l'extension des jambes. Obstétrique, Mai 1910, p. 253.

DICKINSON. — The conclused Trendelenburg Walcher position in obstetric operating. The American Journal of obstétric XII, 1898.

DUBOIS. — Traité de l'art des accouchements 1849, p. 117.

DUNCAN. — Les articulations du bassin pendant l'accouchement. Dublin Journal of Medical Science, août 1854 ; traduction Budin Paris 1876, p. 159.

DUBRISAY-JEANNIN. - Précis d'accouchements 1910

FARABEUF et VARNIER. — Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements, 1909.

FISCHEL. — Prager Med. Wochenscher, 29 août 1888. p. 333-334.

FREEDAND BARBOW. — Spinal deformity in relation to Obstetric 1883.

FRANCIS H. CHAMPNEYS. — Transaction of the Obstetrical Society of London, 1883, volume xxv, p. 116.

JAIS. — Contribution à l'étude de la dystocie par volume exagéré des épaules dans les présentations céphaliques. Son traitement par le crochet axillaire de M. le Prof. Rouvier. Thèse Alger 1911.

JONGES. — L'agrandissement non sanglant du détroit inférieur. Zentralblatt für gynekologie nº 32 Mars 1908.

HUGEN-BERGER. — Petersburger med. Zeitschrift 1868. xv b.d. p. 45.

GOETZE. — Archi. J. Gynekologie 1885, xxv b. d., p. 393.

LAURO. — Annali di Ostetrica, 1886, p. 87.

NŒGELÉ. — Traité d'accouchement.

OBSTÉTRIQUE (l'). — 1899. III congrès int. de Gynécologie et d'obstétrique, p. 590.

PERRET. — La céphalométrie externe. Obstétrique 1899, p. 542.

RIBEMONT-DESSAIGNES. — Précis d'obstétrique, 1904.

J. ROUVIER. — Mémoire sur le crochet axillaire. Congrès intern. méd. Buda-Pesth, août 1909, et Bull. Méd. de l'Algérie, 1910, 27. p.

J. ROUVIER. — Communication à la Société d'obstétrique et de Gynécologie d'Alger, 18 mai 1912 et Bulletin de la Société de Gynécologie et d'obstétrique de Paris, Mai 1912.

TARNIER et BUDIN. — Précis d'accouchement.

TARNIER et CHAUTREUIL. — Traité de l'art des accouchements 1882, t. 1, p. 32.

TREUB. — La thérapie obstétricale de l'avenir. Obstétrique, Février 1910.

WALCHER. — De la mobilité des articulations pelviennes et de l'influence de l'attitude sur la capacité des divers étages du bassin. Centralbatt für Gynékologie 1887, n° 51.

VAN ROOY. — L'agrandissement du diamètre biischiatique. Obstétrique. Juin 1910, p. 586.

VERNEAU. — Le bassin suivant les sexes et les races. Th. de Paris, 1875, p. 47.

WILLINK TJEENK. — La position de Jonges (Observations de la clinique Treub). Néderland tijelschrilt voor geneeskunde, Novembre 1910, n° 21.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 13

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I. — Développement du bassin chez la femme 17

CHAPITRE II. — Phénomènes physiologiques et mécaniques de l'accouchement .. 21

§ 1er Bassin à l'état physiologique 22

§ 2e Bassin à l'état pathologique 26

DEUXIÈME PARTIE

Des pelvi-viciations anatomiques 27

CHAPITRE I. — Bassin cyphotique 29

CHAPITRE II. — Bassins asymétriques 35

CHAPITRE III. — Bassin à type cyphotique 42

TROISIÈME PARTIE

Des pelvi-viciations fonctionnelles 45

CHAPITRE I. — Bassin limite 47

CHAPITRE II. — Excès de volume total du fœtus .. 51

CHAPITRE III. — Excès de volume partiel 58

CHAPITRE IV. — Mauvaise évolution de la présentation 62

THÉRAPEUTIQUE

CHAPITRE I. — Des interventions sanglantes 66

CHAPITRE II. — Procédé de Jonges, Devraigne 71

§ 1er Historique 71

§ 2e La position de Jonges, Devraigne . 77

§ 3o Indications et avantages 82

Observations 89

Conclusions 115

Bibliographie 119